Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Band 23



Gunnar Duttge, Rainer Matthias Holm-Hadulla,
Jürgen L. Müller, Melanie Steuer (Hg.)

Verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis

Medizinische, juristische und psychosoziale Perspektiven

Universitätsverlag Göttingen

Gunnar Duttge, Rainer Matthias Holm-Hadulla,
Jürgen L. Müller, Melanie Steuer (Hg.)

Verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis



erschienen als Band 23 der Reihe „Göttinger Schriften zum Medizinrecht“
im Universitätsverlag Göttingen 2017

Gunnar Duttge,
Rainer Matthias Holm-Hadulla,
Jürgen L. Müller,
Melanie Steuer (Hg.)

Verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis

Medizinische, juristische und psychosoziale Perspektiven

Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 23



Universitätsverlag Göttingen
2017

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe
Zentrum für Medizinrecht
Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Gunnar Duttge
www.zfm.uni-goettingen.de

Satz und Layout: Alice von Berg
Umschlaggestaltung: Kilian Klapp, Margo Bargheer

https://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-86395-328-7
DOI: https://doi.org/10.17875/gup2017-1050
eISSN: 2512-689X

Inhaltsverzeichnis

4. TEIL: DER NICHTMEDIZINISCHE CANNABISKONSUM – DAS BEWERTUNGSPROBLEM

5. TEIL: EXPERTENMEINUNGEN – ÜBEREINSTIMMUNGEN UND DISKREPANZEN

Vorwort

Es ist heute nicht mehr selbstverständlich, dass die Suche nach Erkenntnis der tatsächlichen Zusammenhänge und deren abgewogene, alle Argumente einbeziehende Bewertung die Vorstellungswelt unserer Gesellschaft leitet. Vielmehr wird – verständlicherweise vor allem von Interessengruppen, selbst Betroffenen oder aus sonstigen Gründen schlichtweg Unzufriedenen – buchstäblich „Politik gemacht", indem das erwünschte Ergebnis zum nicht mehr hinterfragbaren Leitbild erhoben ist, um von hier aus die Faktenlage im „passenden" Licht erscheinen zu lassen. Die widersprüchlichen Meinungen und gegenseitigen Vorwürfe der Irreführung („fake news") machen es für den nicht von vornherein auf ein Ergebnis festgelegten Betrachter so gut wie unmöglich, sich in diesem undurchdringlichen Informationsdschungel noch zurechtzufinden und auf einigermaßen verlässlicher Tatsachengrundlage eine eigene, bestmöglich begründete Position zu erarbeiten.

So zeigt sich seit einigen Jahren auch die gesamtgesellschaftliche Debattenlage zu der Frage nach der „richtigen" Bewertung des Umstands, dass in der westlichen Welt ein großer Teil der Bevölkerung und hiervon wiederum vor allem Jugendliche und Jungerwachsene zunehmend cannabishaltige Produkte konsumieren. Für die einen besteht dadurch hinreichender Grund, an der bisherigen (grundsätzlichen) Verbotspolitik festzuhalten, um noch größere Schäden für die Einzelnen wie für die Gesellschaft zu verhindern; die anderen sehen das Problem nicht im Cannabiskonsum und -handel, sondern in solcher „Kriminalisierung" einer gesellschaftlichen „Kulturerscheinung". Die dabei wechselseitig ins Feld geführten Behauptungen sind mittlerweile sattsam bekannt; inwieweit sie jeweils auch empirisch valide und bei kritischer Betrachtung in Bezug auf die zentrale Fragestellung tatsächlich normativ überzeugend sind, bildet gleichsam den „blinden Fleck" sowohl innerhalb des (rechts-)politischen Meinungsstreits als auch der Vorstellungswelten in der Bevölkerung.

Die wissenschaftliche Aufklärung und kritische Infragestellung der liebgewonnenen Annahmen war deshalb die zentrale Zielsetzung des im November 2016 veranstalteten Göttinger Expertenworkshops (Tagungsbericht von *Duttge/Steuer* in: Blutalkohol 54 [2017], 168 ff.), dem es um eine seriöse und differenzierte Klärung insbesondere der beiden streitigen Kernfragen ging: Was wissen wir heute über das Selbstschädigungspotential von Cannabis (in seinen verschiedenen Einnahmeformen), in Bezug auf akute wie auch hinsichtlich der mittel- und langfristigen Folgen (medizinische Dimension); und was wissen wir bislang über das Fremdschädigungspotential, vor allem auch mit Blick auf eine Begehung von Straftaten (forensische Dimension)? Denn wenn sich der Konsum von Cannabisprodukten wissenschaftlich begründet nicht als „harmlos" erweist, kann einer aufgeklärten Gesellschaft die schrankenlose Verbreitung und Vermarktung dieser Droge nicht gleichgültig sein.

Der vorliegende Band enthält die schriftlichen Beiträge aller Referenten des erwähnten Expertenworkshops, um weitere Beiträge noch ergänzt, und präsentiert damit die Expertise renommierter Wissenschaftler und praktisch mit dem Problem befasster Mediziner, Psychiater, Psychotherapeuten und Medizinrechtler. Die Autorinnen und Autoren vermitteln den aktuellen Stand der seriösen wissenschaftlichen Erkenntnis und fassen zusammen, was wir heute wissen bzw. wissen können (sofern wir es wissen wollen). Welche Schlussfolgerungen hieraus jedoch für die aktuelle rechtspolitische Frage nach einer eventuellen Legalisierung zu ziehen sind, soll dem interessierten Leser nicht aufgedrängt, sondern seinem eigenen Nachdenken überlassen bleiben. Ihm kann mit dem großen Königsberger zugerufen werden: „Sapere aude! Habe Mut, Dich Deines eigenen Verstandes zu bedienen!"

Allen Autorinnen und Autoren danken wir sehr herzlich für ihre Expertisen zu einem in vieler Hinsicht wichtigen Thema. Dank schulden die Herausgeber ebenso dem Göttinger Zentrum für Medizinrecht und dem Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr für ihre finanzielle Unterstützung bei der Wegbereitung von Expertenworkshop und Veröffentlichung dieses Bandes. Des Weiteren schulden wir dem Universitätsverlag Göttingen für die gewohnt professionelle Begleitung dieser Publikation und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Lehrstuhls Prof. Duttge für die wertvolle Hilfe bei der Durchführung des Workshops großen Dank. Die abschließenden Layoutarbeiten lagen bei Frau Alice von Berg in bewährten Händen.

Die Herausgeber

Göttingen/Heidelberg, Juli 2017

1. Teil: Thematischer Einblick

Gedanken zum Bild des Haschischs in der Öffentlichkeit und zur Legalisierungsdebatte

Prof. Dr. med. Karl-Ludwig Täschner

Ich möchte die gegenwärtige Situation im Hinblick auf die derzeitige öffentliche Einschätzung des Drogenkonsums zum Anlass nehmen, um ein paar persönlich gefärbte Bemerkungen dazu zu machen. Diese Einschätzung ist kontrovers und uneinheitlich, wie es regelmäßig bei öffentlich diskutierten Sachverhalten der Fall ist. Das war übrigens nie anders, wenn sich auch das Gewicht so mancher Beurteilung gewandelt hat. Ich beobachte die Situation seit etwa 1972, also seit mehr als 45 Jahren, nicht immer mit der gleichen Intensität, in letzter Zeit mit mehr Gelassenheit. Ich sehe mich eigentlich nicht mehr veranlasst, mich in diese Sache einzumischen. Aber das Ganze beschäftigt mich doch nach wie vor, nicht zuletzt deshalb, weil es eines der Grundprobleme des Menschenlebens berührt, nämlich das der Abgrenzung zwischen dem Anspruch auf persönliche Freiheit einerseits und der Pflicht, soziale Verantwortung im weitesten Sinne zu tragen, auf der anderen Seite. Das betrifft den sozialen Nahraum, in dem wir leben, also beispielsweise die Familie. Es betrifft aber auch alle unsere Bindungen und Beziehungen, in denen sich unser Leben abspielt.

Um eine gewisse Übersichtlichkeit zu erhalten, will ich mich im Wesentlichen auf das Cannabis-Problem beschränken. Dieses Problem kannten wir – auch in der Psychiatrie – bis zum Ende der 1960er Jahre nicht, von Ausnahmen abgesehen: in Gestalt der Mitte des 19. Jahrhunderts Frankreich erfassenden Welle des Konsums durch den Club des Hachichins[1] und in Gestalt der Drogenwelle in den 1920er

[1] *Moreau*, Du hachisch et de l`aliénation mentale, 1845 (engl.: Raven Press, New York City 1971).

Jahren in Deutschland, die aber vor allem das Kokain betraf. Schließlich hatten die USA in den 1930er und 40er Jahren mit einem ausufernden Marihuana-Problem zu kämpfen. Immerhin war aber die einzige ernsthafte wissenschaftliche Quelle zum Cannabis die Studie von *Stringaris*, der seine Monografie über die Haschischsucht 1939 veröffentlichte.[2] Darin findet sich die Beschreibung der Cannabiswirkungen mit solcher Detailgenauigkeit, wie sie später dann nie mehr so recht gelungen ist. Er weist auch auf Begleiterscheinungen des Cannabiskonsums hin, die bis in die Gegenwart zu streithaften Auseinandersetzungen geführt haben, und zwar sowohl unter Wissenschaftlern als auch unter Ideologen, aber auch kreuzweise zwischen der einen und der anderen Gruppe, und das macht die Szene ziemlich unübersichtlich.

Im Wesentlichen sind die Fronten geprägt worden von den Einschätzungen, die in den 1940er Jahren in den USA von den öffentlichen Stellen entwickelt wurden (Stichwort: „La-Guardia-Report“[3]). Sie stützten sich später auf die jährlichen „Reports on Marihuana“ aus den 1970er und 80er Jahren, herausgegeben von der NIDA/Secretary of Health[4], und fanden Eingang in den umfassenden Report der WHO über Cannabis aus dem Jahre 1997.[5] In allen diesen Untersuchungen wurde die Gefährlichkeit des Cannabiskonsums herausgestellt. Dabei spielen die Gefahr der Abhängigkeit und die Frage, ob Hirnschäden durch den Konsum entstehen können, eine wesentliche Rolle. Ein eher randständiges Interesse fand die Frage, ob Cannabiskonsum nicht auch Psychosen auslösen kann, etwa von der Art der Schizophrenie. Die Diskussion dieser Frage ist bis heute nicht abgeschlossen, ebenso wenig wie die Frage nach dem AMS (amotivationales Syndrom) und dem Umsteigeeffekt der Droge im Hinblick auf den Übergang zum Konsum sog. harter Drogen.

Mit dem Auftreten des Cannabis im Zusammenhang mit der sog. Drogenwelle in Deutschland Ende der 1960er Jahre kam es etwa zeitgleich zu der Studentenrevolte von 1968, die sich in erster Linie als kritische Bewegung vor allem Jugendlicher im Gegensatz zur bisher etablierten politischen Entwicklung verstand. Ziel war die kritische Überprüfung der politischen Standorte der Bundesrepublik Deutschland, um neue Freiräume für die Entwicklung junger Menschen zu schaffen. Es war von vornherein klar, dass auch die Überprüfung der Art des Umgangs mit den neu auftauchenden Rauschdrogen zur Diskussion gestellt wurde. Auf diese Weise geriet der bisher dominierende repressive Ansatz der Drogenpolitik auf den Prüfstand. Das Ergebnis war eine alternative, meist antirepressive Einstellung nicht nur im politischen Raum allgemein, sondern auch in der Beurteilung der Drogenfrage durch die Öffentlichkeit. Es bauten sich zunehmend zwei Positionen auf, die bis heute bestehen geblieben sind, wenn auch die Vorzeichen sich gewandelt haben

---

[2] *Stringaris*, Die Haschischsucht, 1939, 2. Aufl., 1972.

[3] *The Mayor's Committee on Marihuana* (Hrsg.), The Marihuana Problem in the city of New York, 1944.

[4] *Secretary of Health, Education and Welfare* (Hrsg.), Marijuana and Health. 1.-8. Report to the U.S. Congress, 1971-1980.

[5] *WHO* (Hrsg.), Cannabis: a health perspective and research agenda, 1997.

mögen: Die eine wurde von der eher repressiven, besser konservativen Seite des Staates und der Institutionen repräsentiert; die andere bildeten die Befürworter einer allgemeinen Liberalisierung bis hin zur Legalisierung vor allem des Cannabiskonsums. Vertreter der Wissenschaft sind auf beiden Seiten zu finden.

Im Grunde bestand also gerade Ende der 1960er Jahre, als die Drogenwelle aus den USA nach Europa herüberschwappte, eine aufnahmebereite Situation unter den in Betracht kommenden Jugendlichen, die sich gerade in der schon genannten sog. 68er Protestbewegung formierten. Im Zusammenhang mit dem militärischen Engagement der Vereinigten Staaten in Vietnam kam es zu einer Mobilisierung junger Menschen, die in bisher nicht gekanntem Ausmaß und nicht bekannter Form ihre Unzufriedenheit mit den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen ausdrückten. Sie versuchten, ihre Einschätzung der politischen Lage in konkrete Aktion umzusetzen. Haschischkonsum galt als Ausdruck der Abwendung von den herrschenden Verhältnissen und als Zeichen des Andersseins. In relativ kurzer Zeit kam es damals zu einer weiten Verbreitung der Droge unter den Jugendlichen Westeuropas und mithin natürlich in der Bundesrepublik Deutschland, die bis heute angehalten hat. So entstand relativ schnell die Situation, dass sich die öffentlichen Stellen und vor allem die Verwaltung und damit aber auch die breite Öffentlichkeit der Entwicklung eines neuen Problems gegenübersahen, das nicht beim Cannabiskonsum Halt machte, sondern auf den Konsum weiterer Drogen übergriff und bald die Gesundheitsbehörden und die Politik zwecks der Ergreifung von Gegenmaßnahmen auf den Plan rief.

In den 1980er Jahren bildete sich allmählich eine Bewegung heraus, die den Cannabiskonsum zum wesentlichen Teil einer hedonistischen Lebenseinstellung machte und ihn pseudoreligiös-psychedelisch unterfütterte. Ein politischer Gehalt der Bewegung war nicht zu erkennen. Stattdessen wurde behauptet, der Konsum der Droge sei vollkommen ungefährlich, im Vergleich mit den legal erhältlichen Drogen Alkohol und Tabak sei ein allenfalls geringes Benutzerrisiko vorhanden, das man indes vernachlässigen könne. Dabei fehlte es schon zu dieser Zeit nicht an warnenden Stimmen vor allem aus der Wissenschaft, die auf das Abhängigkeits- und das Psychoserisiko hinwiesen.[6] Die Gegenseite hielt gleichwohl die Forderung nach Freigabe der Droge aufrecht, hilfsweise sei auch an eine Liberalisierung des Konsums zu denken.

In dieser Situation kam durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts Anfang der 1990er Jahre[7] erneut Bewegung in die Angelegenheit. Eine Lübecker Strafkammer kam nämlich zu dem Schluss, dass es möglicherweise gegen die Verfassung verstoße, wenn man Cannabis strafrechtlich anders behandle als die in den Augen der Richter viel gefährlichere Droge Alkohol. Stattdessen müsse die Frage erlaubt sein, ob nicht aus Gründen der individuellen Freiheit und persönlichen Lebensgestaltung der Cannabis- genauso wie der gefährliche Alkoholkonsum

---

[6] Z.B. *Täschner*, Das Haschischproblem aus klinischer Sicht, Deutsches Ärzteblatt (1981), 78: 126-129.
[7] BVerfGE 90, 145 = NJW 1994, 1577 ff.

freizugeben sei. Außerdem müsse man entsprechend dem Grundgesetz jedem Menschen auch dort das Recht auf Selbstbestimmung einräumen, wo dies der Herbeiführung eines Rausches diene („Recht auf Rausch"). Der Rausch gehöre nämlich zu den Alltagsbedürfnissen eines jeden Menschen wie Essen, Trinken und Sexualität und sei mithin von der Verfassung – Art. 2 Abs. 1 GG – geschützt.

Das mit dieser Argumentation angerufene Bundesverfassungsgericht kam allerdings in seinem sog. „Haschischurteil" 1994 zu dem Schluss, das Cannabisverbot habe vor der Verfassung Bestand, weil es sich bei der Rauschdroge Cannabis um eine gesundheitsgefährdende Substanz handle. Sein Konsum berge „nicht unerhebliche Gefahren und Risiken, so dass die Gesamtkonzeption des Gesetzes auch weiterhin vor der Verfassung Bestand hat".[8] Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu näher aus, der Gesetzgeber verfolge „mit dem derzeit geltenden Betäubungsmittelgesetz ebenso wie mit dessen Vorläufern den Zweck, die menschliche Gesundheit sowohl des Einzelnen wie der Bevölkerung im Ganzen vor den von Betäubungsmitteln ausgehenden Gefahren zu schützen und die Bevölkerung, vor allem Jugendliche, vor Abhängigkeit von Betäubungsmitteln zu bewahren (...). Dieser Zielsetzung dienen auch die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes." Es schütze damit Gemeinschaftsbelange, die vor der Verfassung Bestand hätten.

Das Gericht listet die nachfolgend aufgeführten Folgezustände als gesundheitsgefährdend auf:

- Abhängigkeit bei geringem Suchtpotenzial
- Verhaltensstörungen
- Lethargie
- Gleichgültigkeit
- Angstgefühle
- Realitätsverlust
- Depressionen
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen
- Amotivationales Syndrom bei höheren Konsummengen bzw. Dauerkonsum
- Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit

Damit zog das Bundesverfassungsgericht gewissermaßen einen Schlussstrich unter die Diskussion um das sog. „Recht auf Rausch" und leitete die verantwortlichen Stellen von Verwaltung und Politik in eine Richtung, die die Frage der Gefährlichkeit stärker zu beachten habe. In den Vordergrund rückte damit das Sozialstaatsgebot, wonach der Staat Schaden von seinen Bürgern abhalten soll; dazu zählt auch der Schutz vor erkennbaren gesundheitlichen Risiken.

Nachdem der erwähnte Schlussstrich eine Weile für eine gewisse Ruhe gesorgt hatte, ist in den letzten Jahren wieder mehr Bewegung in die Cannabisdiskussion gekommen. Es war zwischenzeitlich fast ein bisschen still um die vielbenutzte

---

[8] Siehe Fn. 7.

Rauschdroge geworden. Da wusste man nicht, ob das günstig oder ungünstig zu bewerten ist. Es kommt ja auch auf den jeweiligen Standpunkt an, und natürlich auch auf die Zielrichtung der Diskussion. Dabei hat sich gezeigt, dass die Richtung „Legalisierung" im Vordergrund zu stehen scheint; und diese stützt sich u.a. auf die Meinung, dass man es beim Cannabis mit einer Art Medizinalpflanze zu tun hat: Von der Heilwirkung hin zur Legalisierung ist es nur ein kurzer Weg.

Nun ist es aber so, dass mit der Heilwirkung der Pflanze nicht so richtig „Staat zu machen" ist. Ich habe vor wenigen Jahren eine Sichtung der weltweit publizierten wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema vorgenommen und bin die einzelnen Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften durchgegangen. Da hat sich gezeigt, dass es nur relativ wenige Studien zu diesem Thema gibt, die gängigen wissenschaftlichen Anforderungen genügen, die also z.B. doppelblind vorgehen und Kontrollgruppenvergleiche vornehmen.[9] Die Mehrzahl der ausgewerteten Studien folgt solchen Qualitätsstandards nicht. Wir sind also bei der Beurteilung der Heilwirkungen der Inhaltsstoffe des Cannabis immer noch überwiegend im sozusagen vorwissenschaftlichen Bereich der Einzelfallberichte, und diese sind naturgemäß sehr bunt und schwer verwertbar.

Trotz dieser unübersichtlichen Datenlage ist es aber in unserem liberalen Land möglich, Cannabispräparate zu Heilzwecken zu erhalten, wenn ein Arzt eine Indikation dazu sieht. Das gegenwärtig hurtige Vorgehen der Bundesregierung bzgl. der Freigabe von THC bei bestimmten Indikationen ist angesichts der Datenlage trotz aller guten Absichten schwer zu verstehen. Unabhängig davon wirft die „Legalisierungs"-Thematik im gesamtgesellschaftlichen Kontext grundlegende Fragen auf: Legalisierung bedeutet Freigabe, und der Wunsch danach kann nur aufkommen, wo etwas verboten ist. In unserem Falle ist Cannabis als nicht verkehrsfähige Substanz in Anlage 1 des Betäubungsmittelgesetzes eingeordnet, im Unterschied zu Alkohol oder Tabak, bei denen es sich gleichfalls um abhängigkeitserzeugende Stoffe handelt. Warum das so ist, hat eher historische als sachlich-inhaltliche Gründe. „Auf Grund der Befundlage zu negativen Konsequenzen" dieser Stoffe lässt sich das jedenfalls nicht begründen.[10]

Diese Situation ist aber als der Ausgangspunkt für immer wieder aufkommende Forderungen von verschiedenen Seiten nach einer Gleichbehandlung und das heißt Legalisierung von Cannabis zu verstehen. Sowohl in Bezug auf Alkohol/Tabak als auch Cannabis hat die Forschung der letzten Jahre immer deutlicher das Gefährdungspotenzial beider Stoffgruppen erkennen können. Hier geht es um körperliche, vor allem aber um psychische Folgeerkrankungen, etwa „kognitive Defizite, multiple Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen der Verkehrstauglich-

---

[9] *Täschner*, Ist Cannabis ein wirksames Heilmittel? Vortrag auf der 6. Psychiatrisch-Psychosomatischen Tagung, Graz, 21.01.2011, abrufbar unter: http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10227278_2172212/25d650fc/Taeschner_Cannabis%20als%20Heilmittel_20.12.10.pdf [Zugriff am 20.03.2017].

[10] *Rumpf/Hoch/Thomasius et al.*, Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums, Sucht (2016), 62 (3): 163-166.

keit, psychosoziale Probleme und vor allem um die Ausbildung akuter und chronischer Psychosen schizophrenieähnlicher Art und die Entstehung einer Abhängigkeit".[11] Die aufgeführten Gefahrenmomente stimmen weitgehend mit denen überein, die auch das Bundesverfassungsgericht schon genannt hat und die vorstehend zitiert wurden. Dies alles hängt ab von der Häufigkeit des Konsums, aber auch von individuellen Vorgegebenheiten in Gestalt biologisch geprägter Faktoren, die möglicherweise genetisch festgelegt sein können. Niemand weiß, wer solche Risikofaktoren in sich trägt. Je jünger der Konsument, desto größer ist im Übrigen das Risiko für Folgeschäden.

Eine Abhängigkeit von Cannabis liegt im Schnitt bei Erwachsenen in einem Anteil von 0,5 % vor. Alkoholabhängigkeit ist bei dieser Stichprobe häufiger (3-4 %), die Tabakabhängigkeit liegt bei 10 % der erwachsenen Bevölkerung. Untersucht man eine Gesamtstichprobe von Cannabiskonsumenten, so werden darunter 9 % abhängig. Wird früh in der Jugend begonnen, so sind es 17 %, und wenn täglich konsumiert wird, sind es 25 bis 50 %.[12] Hier liegt also in Gestalt der Abhängigkeit insgesamt ein deutliches Gefährdungspotenzial für Cannabiskonsumenten vor.

Das gilt auch für die sog. Cannabispsychosen. Mit ihnen habe ich mich mein wissenschaftliches Leben lang beschäftigt. Das kam daher, dass wir in der Psychiatrischen Klinik in Frankfurt am Main seit etwa 1975 in zunehmendem Maße auf Patienten mit schizophrenieähnlichen Psychosen gestoßen sind, die zugleich Cannabis konsumierten. Es zeigte sich, dass es sich dabei nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handelte. Stattdessen stellte sich heraus, dass der Rauschmittelkonsum das Auftreten einer solchen Psychose triggerte, d.h. anstieß. Länger dauernde Untersuchungen zeigten, dass die Psychosen in ihrem Erscheinungsbild nicht nur wie Schizophrenien aussehen, sondern dass sie auch so verlaufen. Es gibt Rückfälle und sie tendieren zur Chronifizierung. Die Symptomatik spricht auf antipsychotische Medikamente an. Die Erfolgsaussichten der Behandlung liegen bei etwa 30 %.

Aus den derzeit vorliegenden Untersuchungsergebnissen ist der Schluss zu ziehen, dass Cannabiskonsum das Auftreten von schizophrenen Psychosen fördert, worauf wir schon in früheren Arbeiten hingewiesen haben.[13] Diese Untersuchungen sind mittlerweile weltweit durchgeführt und kontrolliert worden und bestätigen eindeutig den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten schizophrenieähnlicher Krankheiten. Wir wissen noch nicht genau, ob sie mit der Schizophrenie identisch sind oder ob Cannabis nur der auslösende Faktor unter möglicherweise mehreren anderen ist. Offenbar bedarf es auch einer angeborenen Bereitschaft, eine solche Psychose zu entwickeln. Sie käme wahrscheinlich

---

[11] Vgl. Fn. 10.

[12] *Pabst et al.*, Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012, Sucht (2013), 59: 321-31; *Hoch et al.*, Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis, Deutsches Ärzteblatt (2015), 16: 271-278.

[13] *Täschner*, Rausch und Psychose, 1980; *ders.*, Das Cannabis-Problem, 1979, 1981, 1986, *ders.*, Cannabis – Biologie, Konsum und Wirkung, 2005.

nicht zustande, wenn kein derartiger Auslösefaktor auf den betreffenden Menschen einwirkte, könnte aber auch nicht ausgelöst werden, wenn nicht das entsprechende Potenzial angelegt wäre. Aus der Sicht des Psychiaters sind die Entstehung von Abhängigkeit und die Auslösung von Psychosen die Hauptgefährdungsmomente, die mit dem Cannabiskonsum verbunden sind. Jede Liberalisierung des Zugangs zu Cannabis sollte diese Erwägungen zumindest berücksichtigen bzw. sich damit auseinandersetzen.

Ein drittes Gefährdungselement muss allerdings in diesem Zusammenhang gleichfalls erwähnt werden: Das sind die sog. neurokognitiven Beeinträchtigungen, die teils flüchtig sind, in vielen Fällen aber auch als dauerhafte Folge des Konsums zurückbleiben können. Darauf hat immer wieder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hingewiesen, anlässlich der Präsentation ihrer Studien über die Verbreitung des Cannabiskonsums in Deutschland.[14] Diese Gefahrenmomente sind seit langem bekannt. Wie manifestieren sich solche neurokognitiven Störungen? Sie betreffen vor allem die Aufmerksamkeit, aber auch die Konzentrationsfähigkeit, die Auffassungsgabe und das Gedächtnis, also die gewissermaßen zentralen Inhalte der Kognition. Es kommt zu Umformungen der Denkabläufe. Die Zugriffe zu Gedächtnisinhalten werden gestört oder vermindert, abstrakte und schlussfolgernde Denkprozesse erschwert, die Effizienz des Denkens wird reduziert. Darauf hat *Solowij*[15] (1998) anhand dezidierter eigener Studien hingewiesen. Die Liste der Störungen des Denkens und Wahrnehmens im Gefolge des Cannabiskonsums ließe sich verlängern. Dabei ist eine einzige derartige Leistungsverminderung u.U. schon ein schwerer Mangel im Alltagsleben. Bei den Anforderungen, die heute an die Intaktheit der kognitiven Funktionen im beruflichen Alltag gestellt werden, aber auch in allen anderen Lebensbereichen vieler Menschen eine zentrale Rolle spielen, kann sich der Mangel zum Desaster auswachsen. In der Auswirkung solcher Störungen auf die Gesamtleistungsfähigkeit sind sie durchaus mit den bereits erwähnten Psychosen vergleichbar. Sie spielen neben der Abhängigkeit und der Psychoseauslösung eine dominierende Rolle und bilden gewissermaßen eine Trias, die die Hauptgefahren beim Konsum von Haschisch insbesondere jüngerer Menschen bildet. Aber auch indirekt können cannabisbedingte Hirnleistungsstörungen zu Einschränkungen im Alltagsverhalten führen. Hier ist z.B. an die Straßenverkehrstauglichkeit zu denken, bei der Konzentration, Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen, vor allem aber auch die visuomotorische Koordination, die Voraussetzungen für ein geordnetes Leistungsverhalten darstellen. Die Rolle des Cannabis lässt sich hier durchaus mit derjenigen des Alkohols im Straßenverkehr vergleichen.[16]

---

[14] *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012 (Cannabisaffinitätsbericht); *BZgA*, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011 (Drogenaffinitätsbericht).

[15] *Solowij*, Cannabis und Cognitive Functioning, 1998.

[16] *Berghaus/Krüger* (Hrsg.), Cannabis im Straßenverkehr, 1998.

Angesichts dieser geschilderten Gefährdungssituation versucht die deutsche Drogenpolitik eine gesetzliche Regulierung von Angebot und Nachfrage auf dem illegalen Drogenmarkt zu etablieren. Sie bedient sich dazu seit langem des sog. Viersäulenmodells, das aus

- Prävention
- Hilfestellung (Therapie)
- Schadensminimierung (betrifft vor allem Opiatsüchtige) und
- Repression

besteht. Mit diesen Methoden wird versucht, folgende Ziele zu erreichen:

- Abwendung von Gefährdung vor allem der Gesundheit des Menschen
- Reduzierung des Konsums
- Beachtung des Sozialstaatsgebots, wonach der Staat gesundheitliche Gefahren von seinen Bürgern abzuwenden hat
- Jugendschutz mit einer zugleich weitgehenden Entkriminalisierungstendenz
- Liberaler Umgang z.B. mit dem Besitz kleiner Stoffmengen und
- Intensivierung von Forschung und Prävention cannabisbezogener Störungen

Ob es gelungen ist, mit dieser Vorgehensweise, die schon seit langen Jahren eine Grundlage der Drogenpolitik der Bundesregierung darstellt, ein sonst möglicherweise stärkeres Anwachsen der Verbreitung von Cannabis in unserem Land zu vermeiden, steht dahin. Wie die Situation wäre, wenn wir keine derartigen Maßnahmen zur Eindämmung des Konsums von Cannabis getroffen hätten, ist mangels entsprechender Studien nicht mit Sicherheit zu sagen. Fest steht indessen, dass die Mehrzahl der Menschen in unserem Land gesetzestreu lebt und Verbote beachtet.

Die Frage, ob mit einer Freigabe des Cannabis zum allgemeinen Konsum diese sicherlich sinnvollen Ziele besser und zuverlässiger erreicht werden können als mit der bisher eingeschlagenen Strategie, muss sorgfältig geprüft werden. Dazu sind ausgewiesene wissenschaftliche Experten heranzuziehen, die das Problem frei von ideologischen Einschränkungen und Vorgaben beurteilen können. Ein Beratungsgremium für die Bundesregierung von der Art des früher eingesetzten Nationalen Drogenrates käme durchaus in Betracht. Dabei bedürfte die gesundheitsgefährdende Wirkung des Cannabiskonsums, die ja unstrittig ist, einer besonders verantwortungsvollen Betrachtung. Die Stellungnahme der DG Sucht von 2016 kann hier überzeugend und wirkungsvoll den Weg zu einer vernunftgeleiteten Abwägung der anstehenden Entscheidungen und Argumentationen weisen.

2. TEIL: CANNABISMISSBRAUCH – DIE MEDIZINISCHE ERKENNTNIS

Cannabis, ein harmloses Genussmittel? – Die Verleugnung körperlicher, psychischer und sozialer Risiken in Werbung und populären Medien

Prof. Dr. med. Rainer Matthias Holm-Hadulla

I. Einleitung

Der Cannabis-Konsum verbreitet sich besonders bei Kindern und Jugendlichen und wird in der westlichen Welt werbewirksam zum „recreational use" empfohlen. Dabei bestehen erstaunliche Diskrepanzen in der Beurteilung der Risiken zwischen populären Medien und fachlichen Stellungnahmen. Der deutsche Hanfverband ließ in Fußgängerzonen ein Plakat verbreiten, in dem ein Mensch, auf der Weltkugel stehend, sich nach dem göttlichen Finger sehnt, um den eine Hanfpflanze gewickelt ist. Daneben steht „Cannabis hilft" und verschiedene Indikationen werden aufgezählt.[1] Der Gebrauch kann medizinisch sinnvoll sein, z.B. zur Behandlung von Appetitlosigkeit und Schmerzen bei schweren Tumorerkrankungen. Andere Anwendungen, die angepriesen werden, sind grob fahrlässige Irreführungen, z.B. bei Psychosen und Epilepsie.

Der Experte sieht dies mit Verwunderung. Er weiß, dass keine wissenschaftlichen Studien in anerkannten Fachzeitschriften existieren, die die Anwendung von Cannabis bei den genannten Indikationen empfehlen. Hingegen ist bei regelmäßi-

---

[1] Vgl. *Deutscher Hanfverband*, Cannabis – Wirkung, Nebenwirkungen und Risiken, abrufbar unter: http://hanfverband.de/inhalte/cannabis-wirkung-nebenwirkungen-und-risiken [Zugriff am 20.03. 2017].

gem Gebrauch vor dem 15. Lebensjahr das Risiko, an schizophrenen Psychosen zu erkranken, bis um das Sechsfache erhöht.[2] Die Fortsetzung des Konsums stellt den Fachmann vor schier unlösbare Behandlungsprobleme. Viele Konsumenten sind durch Suizide und Verkehrsunfälle ums Leben gekommen. Dennoch wird selbst in anspruchsvollen Zeitungen euphorisch festgestellt, dass noch nie jemand durch Cannabis zu Tode gekommen sei.

In den USA hat die Legalisierung zu einem bedeutenden Anstieg des Gebrauchs bei Kindern und Jugendlichen und zu einer Zunahme von tödlichen Verkehrsunfällen sowie tödlichen Vergiftungen geführt.[3] In Colorado haben sich die Notaufnahmen in Kliniken wegen Cannabis-Intoxikationen nach der Legalisierung verdoppelt.[4] Dennoch wird unter Verleugnung von schweren Verkehrsunfällen, erheblichen Krankheitskosten und familiären Tragödien immer wieder behauptet, dass Cannabis allenfalls einem selbst, aber sonst niemandem schade.

Es existieren jedoch auch Berichte in anspruchsvollen Medien, die die Verharmlosung des Drogen-Missbrauchs in der „Mainstream Society" kritisieren. Die FAZ berichtet über zwei Selbsttötungen nach jahrelangem Cannabis-Konsum.[5] Dem Vater ist der Mut, diese Tragödie zu veröffentlichen, hoch anzurechnen. Aber das ist eine Ausnahme, die durch Cannabis ausgelösten Störungen werden aus verständlichen Gründen zumeist nur den an die Schweigepflicht gebundenen BeraterInnen, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen mitgeteilt. Am gefährlichsten ist allerdings, wenn der scheinbar so harmlose Cannabis-Konsum zum Einstieg in noch härtere Drogen führt, z.B. Ecstasy und Heroin sowie in die beständig neu auf den Markt geworfenen „legal highs".

Die New York Times beschreibt eine ausgesprochene Epidemie, die die gesamte USA erfasst habe.[6] Diese Epidemie sei im Wesentlichen darin begründet, dass die Jugendlichen Drogen im Allgemeinen zur akzeptierten Kultur rechneten. Dabei seien die Todesraten mit denen der H.I.V.-Opfer in den 1980er und 1990er Jahren vergleichbar. Der Anstieg von Drogentoten sei durch tabulose Erreichbarkeit und immer stärkere Potenz der Drogen bedingt. In einem beispielhaften Fall

[2] *Fegert/Berg/Jung et al.,* Gemeinsame Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, abrufbar unter: www.dgkjp.de/stellungnahmen-positionspapiere/stellungnahme-2015/349-cannabiskonsum [Zugriff am 20.03.2017].

[3] *Smart*, The kids aren't alright but older adults are just fine: Effects of medical marijuana market growth on substance use and abuse, 2015, abrufbar unter: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2574915 [Zugriff am 20.03.2017].

[4] *Kim/Hall/Genco et al.*, Marijuana tourism and emergency department visits in Colorado, New England Journal of Medicine (2016), 374:797-798.

[5] *Müller-Jung*, Der Lockruf der "weichen" Droge, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 58, S. N1 (2016).

[6] *Wilson*, A death on Staten Island highlights heroin's place in 'mainstream society', The New York Times, 2.10.2016, abrufbar unter https://www.nytimes.com/2016/10/03/nyregion/a-death-on-staten-island-highlights-heroins-place-in-mainstream-society.html?_r=0 [Zugriff am 20.03.2017].

schildert die New York Times den Einstieg in den tödlichen Heroinkonsum mit Alkohol und Marihuana.[7]

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass unter den 15-bis 19-Jährigen bei 76% Cannabis als Primärdroge angegeben wird. Bei den unter 15-Jährigen sind dies sogar 86%. Es lässt sich nachweisen, dass die leichte Verfügbarkeit den Konsum von Kindern und Jugendlichen begünstigt.[8] Dennoch wird in vielen Medien und von interessierten Verbänden sowie von profitorientierten Unternehmen das Bild eines harmlosen, ja sogar Kreativität fördernden Genussmittels verbreitet. Um der Diskussion über Vor- und Nachteile des Cannabis-Konsums eine solide Basis zu geben, werde ich eine Synthese meiner subjektiven Erlebnisse mit objektiven Erkenntnissen zur Verfügung stellen. Methodisch stütze ich mich auf meine Lebenserfahrung und die klinische Expertise als Arzt, Psychiater und Psychotherapeut sowie auf die kritische Prüfung wissenschaftlicher Studien.

II. Persönliche Lebenserfahrung

Seit meinem 15. Lebensjahr, d.h. seit 50 Jahren, bin ich mit diesem Thema beschäftigt. In der Mitte der 1960er Jahre breitete sich der Cannabis-Konsum an meiner Schule aus und einige Mitschüler begannen, regelmäßig Cannabis zu konsumieren. Sie berichteten, dass das Rauchen von Haschisch und Marihuana entspanne. Man nehme alles nicht mehr so ernst und werde lockerer. Wenige meinten, euphorisiert zu werden. Viele Probierkonsumenten versuchten es ein oder zwei Mal, spürten gar nichts oder es wurde ihnen – wie mir selbst – übel. Andere erlebten bei längerem Gebrauch schwer fassbare Verstimmungen und lähmende Apathie. Es war die Zeit des Kultfilms „Easy Rider“, der mit einem Drogendeal begann und die Zuschauer mit Songs wie „Born to be wild“ und „You know I smoked a lot of grass“ begeisterte. Die Hippie-Bewegung war in der Hochblüte und das Rauchen von Haschisch und Marihuana wurde als alternatives Gesellschaftsritual inszeniert. Bald wurden jedoch auch die Schattenseiten bewusst: Janis Joplin brachte sich mit 27 Jahren nach jahrelangem Cannabis-Konsum mit Drogen und Alkohol ums Leben. Jimi Hendrix konsumierte Cannabis regelmäßig und litt unter grauenhaften Depressionen, verprügelte immer wieder im Rausch seine Freundin und ertränkte seine Schmerzen im Alkohol, bis er gleichfalls mit 27 starb. Ähnlich ging es Brian Jones und Jim Morrison, dessen Lieder bis heute nachklingen.

Diese Beispiele erschreckten, weil sie keine Ausnahmen waren. Ein Beispiel aus jüngerer Zeit ist Amy Winehouse. In dem sehenswerten Film „Amy“ wird gezeigt, wie sie mit spätestens 13 Jahren begann, regelmäßig zu kiffen. Sie verfügte über eine wunderbare Stimme, ein großes musikalisches Talent und den Willen zum künstlerischen Selbstausdruck. Der regelmäßige Cannabis-Konsum führte

[7] *Wilson* (Fn. 6).

[8] *Fegert/Berg/Jung/Thomasius* (Fn. 2).

aber offensichtlich zu einer psychischen Entleerung, die mit depressiven Verstimmungen einherging. Vermutlich hat sie deswegen zu härteren Drogen gegriffen und damit ihre künstlerischen Möglichkeiten, die für sie lebensnotwendig waren, weiter zerstört. Letztlich brachte sie sich wie Janis Joplin, Jim Morrison und Jimi Hendrix mit absurden Mengen Alkohols ums Leben. Im Amy-Film kann man auch sehen, wie die öffentliche Darstellung ihres Untergangs diesen befeuerte.

Meistens waren die Verläufe frühen Cannabis-Konsums nicht so extrem und viele konsumierten Cannabis auch ohne gravierende Schäden. Dennoch möchte ich in Übereinstimmung mit meinen späteren ärztlichen Erfahrungen feststellen, dass eine bedeutende Anzahl der regelmäßig Konsumierenden unter Apathiesyndromen und Gedächtnisstörungen litten. Sie haben das oft selbst nicht bemerkt, sind jedoch aus für sie unverständlichen Gründen in ihren schulischen Leistungen abgefallen, hatten keine Lust mehr Sport zu treiben, legten ihre Gitarre zur Seite und konnten ihre persönlichen Ziele nicht erreichen. Im Nachhinein fallen mir zwei Verarbeitungsweisen dieses Scheiterns auf, die mir später immer wieder während psychotherapeutischer Gespräche begegnen: Erstens werden die Schäden oft verleugnet. Ein Künstler drückte dies folgendermaßen aus: „Wenn ich kiffe, bin ich total unkreativ, aber ich merke es nicht“. Zweitens wird der Verlust von Motivation und Energie extern attribuiert, d.h. nicht ich bin verantwortlich für mein Scheitern, sondern es sind die Eltern, die Schule, die Gesellschaft, aber auf keinen Fall mein Drogenkonsum. Diese Selbstentlastungsstrategie taucht in populären Argumenten wieder auf, z.B. wenn behauptet wird, dass nicht Cannabis das Problem sei, sondern dessen Stigmatisierung.

Im Studium der Medizin und Philosophie kam ich mit verschiedenen Alkohol- und Drogenkulturen in Berührung. Die meisten Cannabiskonsumenten verzichteten auf weiteren Gebrauch, wenn sie sahen, dass sie im Studium unter ihren Möglichkeiten blieben. Sie fühlten sich matt und ausgelaugt, sie konnten sich schlecht konzentrieren und die Lerninhalte behalten. Es gab aber auch andere, die ihre Einbußen nicht bemerkten, weiter konsumierten und ihr Studium nicht beendeten. Zudem entschied sich der eine oder andere bewusst für einen anderen Lebensweg jenseits der gesellschaftlichen Leistungsansprüche. Ich glaube nicht, dass sie glücklicher wurden. Plastisch ist mir ein Cannabis-Erlebnis in Erinnerung, das einige der Risiken verdichtet. Ein Studienfreund machte sich den Spaß, während einer Fête Karamell-Bonbons zuzubereiten. Heimlich streute er Haschisch in die süßen Bonbons ein. Am Ende verabschiedeten wir uns und ich schlief ein. Nach ein paar Stunden wachte ich auf und spürte einen dröhnenden Kopf. Mir war „kotzübel“ und ich wusste nicht, was los war. Glücklicherweise klang dieser Zustand langsam ab. Am nächsten Tag erfuhr ich, dass einer meiner Freunde auf der Heimfahrt mit seinem Auto verunglückte und eine Freundin Sex hatte mit einem „Typ“, den sie zutiefst ablehnte. Sie beschäftigt sich bis heute damit, ob es eine Vergewaltigung gewesen sei, „das ist wie ein Fremdkörper in meiner Seele“.

Wegen der quälenden Schamgefühle der Opfer werden solche Fälle sehr selten öffentlich gemacht. Natürlich habe ich auch Kommilitoninnen und Kommilitonen

kennengelernt, die ohne offensichtliche Schäden gelegentlich Cannabis konsumiert haben. Es handelte sich meist um außergewöhnlich energetische und begabte Personen, die in sehr günstigen Umständen lebten. Manche waren auch kreativ und erinnerten mich an Thomas Manns Diktum, dass kreative Leistungen nicht wegen Alkohol und Drogen, sondern trotz deren Konsums entstünden.

Zusammengefasst zeigen meine Alltagserfahrungen, dass gelegentlicher Cannabiskonsum entspannen und erleichtern kann. Regelmäßiger Konsum führt besonders bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu Apathie, Gedächtnisstörungen und einem Verlust kreativer Ausdrucksmöglichkeiten. Aber auch gravierendere Störungen sind mir nach regelmäßigem Cannabiskonsum begegnet: Chronische Psychosen, Angst- und depressive Störungen, Suizide und tödliche Verkehrsunfälle (z.B. im Anschluss an eine Cannabis-intoxikierte Abi-Feier). Je früher die Betroffenen ihren Konsum begannen, desto größer waren die Schäden.[9]

In den achtziger und neunziger Jahren war auch aus meinem persönlichen Umfeld die Euphorie gewichen, dass Cannabis und andere Drogen die Kreativität steigern könnten. Es wurde deutlich, wie viele Cannabis-Konsumenten auf der Strecke blieben: Scheitern in Schule und Beruf, sozialer Abstieg, Isolation und Vereinsamung. Auch wurde die alte Erfahrung wieder zur Kenntnis genommen, dass viele außergewöhnlich Kreative nicht wegen, sondern trotz Alkohol und Drogen schöpferisch tätig waren. Selbst der von Cannabisbefürwortern so gerne zitierte Baudelaire resümiert in *Les paradis artificiels, opium et haschisch,* dass die künstlich maximierte Einbildungskraft zu Verwirrung und unrealistischer Selbstüberschätzung führe: Der chronische Haschischkonsument verwechsle Traum und Handlung, und seine Einbildungskraft erhitze sich an dem verführerischen Schauspiel seiner idealisierten Persönlichkeit. An die Stelle seiner wahren Person setze er ein Spiegelbild seiner selbst, das arm an Willen aber reich an Eitelkeit sei.[10] Die meisten, die längere Zeit künstlerisch aktiv sind, verzichten irgendwann einmal auf Cannabis und andere Drogen. Dies erzählen auch meine Freunde, die in der Pop-Musik reüssiert haben.

[9] *Thomasius/Holtmann/Melchers et al.*, Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften und der Fachverbände DGKJP, BAG, KJPP, BKJPP, abrufbar unter http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme_KJP_Cannabis.pdf [Zugriff am 20.03.2017].

[10] *Baudelaire*, Die künstlichen Paradiese, 1925.

III. Klinische Erfahrungen

Nach dem Studium der Medizin und Philosophie wurde ich gleich zu Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit mit Cannabis-Psychosen konfrontiert. Manche klangen nach Beendigung des Konsums ab, andere entwickelten sich zu chronischen Schizophrenien. Ich kenne einige Patienten, die nie wieder gesund wurden, vereinsamt leben und keinerlei berufliche Möglichkeiten haben. In meinem ersten psychiatrischen Gutachten beschäftigte ich mich auf über 60 Seiten mit der Frage, ob diese Psychosen durch Cannabis verursacht oder bei einer vorbestehenden Vulnerabilität durch Cannabis „nur" ausgelöst würden. Der Angeklagte hatte immer wieder ein kleines Häuschen in Brand gesetzt, weil er meinte, dort wohnten böse Hexen und Geister, die ihm die Gedanken verwirren würden. Nach meinem langen Vortrag über das bis heute diskutierte Problem von Cannabis als Auslöser und/oder Verursacher schizophrener Psychosen fragte mich der enervierte Richter: „Sagen Sie mal Herr Doktor, spinnt der Angeklagte nicht einfach?" Der Richter hatte in einem entscheidenden Punkt recht: Für den Betroffenen (und die juristische Beurteilung seiner Tat) war es von untergeordneter Bedeutung, ob seine Psychose durch Cannabis verursacht oder ausgelöst wird. Der Betroffene ist bis heute chronisch krank.

Im Anschluss an meine achtjährige psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit in einem Landeskrankenhaus und an der Universitätsklinik Heidelberg übernahm ich vor dreißig Jahren die ärztliche Leitung der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende. Die meisten Studierenden kommen wegen Arbeitsschwierigkeiten, Prüfungsängsten, Partnerschaftsproblemen, Krankheiten und Todesfällen in der Familie, depressiven Verstimmungen, mangelndem Selbstwertgefühl und unbestimmten Ängsten. Bei den mittlerweile 800 Studierenden, die uns jährlich konsultieren, fällt auf, dass Cannabis-Gebrauch bei Studierenden der harten Numerus-Clausus-Fächer wesentlich seltener ist. Regelmäßiger Cannabis-Gebrauch findet sich in diesen Fächern so gut wie gar nicht, es sei denn, die Konsumenten nehmen nicht mehr an Lehrveranstaltungen und Prüfungen teil.

Wenn uns Studierende mit Arbeitsschwierigkeiten und Motivationsproblemen konsultieren, hängt dies oft mit Cannabiskonsum zusammen. Wenn es gelingt, die Betroffenen vom Sinn eines Abstinenzversuchs zu überzeugen, verbessern sich zumeist Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis und Motivation. Dabei ist auffallend, dass in den letzten Jahren in den weniger lernintensiven Fächern der Cannabis-Konsum steigt. Dies geht mitunter mit der illusionären Hoffnung einher, Cannabis könne die Phantasietätigkeit steigern, eine Auffassung, die in den achtziger und neunziger Jahren ganz randständig war.

Oft erscheint Cannabis allerdings als „Frust-Droge". Die aktiveren Studierenden verzichten auf Cannabis-Konsum, wenn es in Prüfungsphasen geht, diejenigen, die ihren Konsum fortsetzen, scheitern überdurchschnittlich häufig. Studienversagen und -abbruch ist, ebenso wie Schulversagen, unter Cannabiskonsumenten wesentlich häufiger. Letzteres wird auch durch empirische Studien unter-

mauert.[11] Eine aktuelle holländische Studie zeigt, dass der akademische Erfolg von Studierenden steigt, wenn man ihnen nicht mehr erlaubt, Cannabis zu konsumieren.[12]

Die cannabisinduzierte Antriebs- und Intelligenzminderung muss man nicht zu tragisch nehmen. Wenn man seinen IQ von 130 auf 120 reduziert, schafft man immer noch ein Studium. Man kann sich auch entscheiden, nicht das Beste aus sich zu machen, sondern eher ein gemütlicheres Leben zu führen. Solche Entscheidungen würde ich respektieren. Oft schauen die Dauerkonsumenten jedoch nach einigen Jahren zurück und berichten, dass es mit ihren persönlichen Beziehungen und beruflichen Erfolgen ohne Cannabis besser gelaufen wäre. Wie gesagt, das muss nicht tragisch sein. Bestürzend ist es aber, wenn Schüler durch regelmäßigen Cannabiskonsum ihre Intelligenz von einem durchschnittlichen IQ von 100 auf 90 reduzieren, apathisch und motivationslos werden, zu Hause keinen Rückhalt und keine Anerkennung finden, abgelehnt oder sogar misshandelt werden, keinen Anschluss an Schule, Sport und Kultur finden und dann noch von falschen Freunden umgeben sind: Dann beginnt eine Abwärtsspirale, die in dauerhafter Arbeitslosigkeit, Drogenabhängigkeit, chronischer Krankheit und sozialer Isolation endet. Diese Verläufe sind, wie auch die wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, keine Ausnahmen.

Im Rahmen meiner privatärztlichen Nebentätigkeit behandle ich vorwiegend Wissenschaftler, Musiker und Künstler. Bei Ersteren spielt Cannabis nur ganz ausnahmsweise eine Rolle. Eine wissenschaftliche Karriere nach jahrelangem Cannabiskonsum halten Wissenschaftler zumindest in der Medizin und den Naturwissenschaften für ausgeschlossen. Aber auch Künstler konsumieren, zumindest, wenn sie Erfolg haben, wesentlich seltener Cannabis, als dies in populären Medien nahegelegt wird. Selbst junge Pop-Musiker, die mir viel von sich erzählen, konsumieren nur gelegentlich und lassen es gänzlich, wenn sie produktiv werden. Sie berichten aber von Freunden, die wegen ihres Cannabis-Konsums weit unter ihren Möglichkeiten bleiben. Schließlich habe ich von Angehörigen erfahren, dass sich ihre Kinder das Leben genommen haben, nachdem ihre durch Cannabis induzierten intellektuellen und emotionalen Probleme unerträglich geworden waren.

[11] *Volkow/Baler/Compton et al.*, Adverse Health Effects of Marijuana Use, New England Journal of Medicine (2014), 370: 2219-2227; *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.*, Risiken bei nicht medizinischem Gebrauch von Cannabis, Deutsches Ärzteblatt (2015), 112, 16, S. 271-278.

[12] *Marie/Zölitz*, 'High' Achievers? Cannabis Access and Academic Performance, IZA, Discussion Paper No. 890 c, 2015.

IV. Ergebnisse der Grundlagenforschung

Die geschilderten Alltags- und klinischen Erfahrungen entsprechen wissenschaftlichen Studien und Erkenntnissen und werden durch diese objektiviert.[13]

1. Neurobiologische Perspektive

Neurobiologisch lässt sich folgendes zusammenfassen: Das normale Endocannabinoidsystem moduliert die Hirnentwicklung, auch das Immunsystem und andere Organsysteme wie die Knochen werden beeinflusst. So wirkt der Cannabinoid-1-Rezeptor auf das Nervensystem, der Cannabinoid-2-Rezeptor auf das Immunsystem. Im Gehirn wirkt das Endocannabinoidsystem modulatorisch als „neuronale Notbremse".[14] In üblichen Cannabismischungen finden sich z.B. das Delta-9-THC, das sehr starke neurotoxische Wirkungen entfaltet, und das Cannabidiol, das kaum psychische Wirkungen aufweist und eher auf das Immunsystem wirkt. Delta-9-THC bewirkt eine Dauerstimulation des Cannabinoid-1-Rezeptors. Damit wird dieser Rezeptor blockiert und seine systemstabilisierende Funktion ausgeschaltet. Das körpereigene Cannabinoidsystem moduliert auch das Belohnungssystem. Dann kann z.B. ein vulnerables Dopaminsystem dysfunktional werden und zu einer Psychose führen. Die erhöhte Anfälligkeit für Angsterkrankungen, Apathiesyndrome und Depressionen könnte durch ähnliche Mechanismen erklärbar sein.[15] Daneben wird das für alltägliche sowie kreative Tätigkeiten so bedeutsame Kohärenzgefühl beeinträchtigt.[16]

Je früher der Cannabis-Konsum beginnt, desto schädlicher wirkt er sich aus. Wenn Kinder und Jugendliche zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr den Konsum beginnen, befindet sich das Gehirn in einer besonders intensiven Umbauphase. Manche schätzen, dass diese mit 21 Jahren weitgehend abgeschlossen ist, andere vermuten, dass das 25. Lebensjahr ein gewisser Endpunkt ist. Dennoch bleibt auch danach das Gehirn plastisch und anfällig.

2. Entwicklungspsychologische Perspektive

Ebenso wie sich das Gehirn in der Pubertät umbaut, findet auch eine psychosoziale Neustrukturierung statt. Die Bindung an die Eltern wird lockerer, Emotionen, Einstellungen und Werte verändern sich und sexuelle Regungen müssen psychisch verarbeitet werden. Dies ist Chance und Risiko zugleich. Für viele ist die Adoles-

---

[13] Siehe *Volkow et al.* (Fn. 11); *Hoch et al.* (Fn. 11); *Fegert et al.* (Fn. 2); *Thomasius*, Gesundheitliche Auswirkungen von Cannabismissbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in diesem Band.

[14] *Braus*, Ein Blick ins Gehirn – Psychiatrie als angewandte Neurowissenschaft, 2014.

[15] *Ganzer/Bröning/Kraft et al.*, Weighing the Evidence: A Systematic Review on Long-Term Neurocognitive Effects of Cannabis Use in Abstinent Adolescents and Adults, Neuropsychology Review (2016), 26:186-222.

[16] *Holm-Hadulla,* Creativity. A synthesis of neurobiological, psychological and cultural aspects, Creativity Research Journal (2013), 25(3):1-7.

zenz eine kreative Übergangsphase, in der sie viel Neues entdecken und trotz Unsicherheiten ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und Autonomie entwickeln. Die chemische Beeinträchtigung dieser Entwicklung kann zu bleibenden Schäden führen. Wenn in dieser Phase gelernt wird, dass man sein Fühlen und Denken nicht durch gute Beziehungen, schulisches Wissen, Nachdenken, Sport, Musik, Kunst und soziale Aktivitäten entwickeln und regulieren kann, sondern nur durch externe Drogen, so können sich grundlegende psychosoziale Fähigkeiten nicht entwickeln. Nach mehr oder weniger langer Zeit wird der Wechsel zu „härteren“ Drogen immer unvermeidlicher. Insofern ist auch aus entwicklungspsychologischer Sicht Cannabis eine Einstiegsdroge. Dies trifft sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in besonderem Maße.[17]

3. Soziologische Perspektive

Früher Cannabiskonsum ist mit Schulversagen, Arbeitslosigkeit und Armut assoziiert.[18] In den meisten Studien lassen sich natürlich nur korrelative und keine kausalen Zusammenhänge darstellen. Wenn sich allerdings die Betroffenen nach Verzicht auf Cannabis besser konzentrieren und erinnern können, wenn sie emotional bewegter und sozial aktiver werden und sich dann ihre Schul- und Studienleistungen verbessern, dann kann man von einer gewissen Kausalität ausgehen.[19]

4. Kreativitätsforschung

Kreativität, die Erschaffung neuer und brauchbarer Formen, beruht auf folgenden Faktoren: Begabung, Wissen, Können, Motivation, Persönlichkeitseigenschaften und geeigneten Umgebungsbedingungen.[20] Begabungen kann man nicht durch Drogen erzeugen. Auch Wissen und Können, die im Gedächtnis gespeichert sind, lassen sich durch Drogen nicht verbessern. Sie werden ganz im Gegenteil durch Cannabis und andere Drogen in der Regel beeinträchtigt. Es ist denkbar, dass in besonderen Peer-Groups die Motivation zu schöpferischen Tätigkeiten gesteigert wird. Zur Auswahl und Ausarbeitung von Einfällen ist allerdings Disziplin und eine gewisse Frustrationstoleranz unerlässlich. Letztlich sorgen gute unterstützende Beziehungen dafür, dass schöpferische Spannungen und kreative Krisen auch bewältigt werden können.[21]

Wie weit die genannten Faktoren durch Cannabis und andere Drogen beeinträchtigt werden, kann noch einmal mit Amy Winehouse verdeutlicht werden. Sie

[17] Siehe *Fegert et al.* (Fn. 2); *Thomasius* (Fn. 13).

[18] Siehe *Volkow et al.* (Fn. 11); *Fegert et al.* (Fn. 2).

[19] Siehe *Marie/Zölitz* (Fn. 12).

[20] *Holm-Hadulla*, Kreativität – Konzept und Lebensstil, 2010; *ders./Hofmann*, Depression and Creativity – The Case of the German Poet, Scientist and Statesman J. W. v. Goethe, Journal of Affective Disorders (2010), 127, 43-49; *Holm-Hadulla*, Kreativität zwischen Schöpfung und Zerstörung, 2011.

[21] *Holm-Hadulla*, Integrative Psychotherapie, 2016.

war mit einer hohen musikalischen Begabung gesegnet, eignete sich sprachliches Wissen und musikalisches Können an. Sie war künstlerisch auch hoch motiviert. Aber das disziplinierte Ausarbeiten ihrer Ideen in Text und Musik war ihr durch Cannabis, das sie ab ihrem 13. Lebensjahr konsumierte, erschwert. Es stellten sich depressive Verstimmungen und ein Apathiesyndrom ein. Auf ihre Antriebslosigkeit und Verzweiflung reagierte sie mit einer Essstörung, bis sie durch einen Liebhaber mit Amphetaminen und anderen exzitierenden Drogen in Berührung kam. Neurobiologisch und psychologisch lag es nahe, sich neue Vitalität von den Drogen zu borgen. Allerdings führten diese schnell zum körperlichen und psychischen Zusammenbruch. Auch waren die Umgebungsbedingungen ungünstig für Amy. Ihre Eltern konnten ihr keinen ausreichenden Halt vermitteln, der Vater schien sie sogar auszunutzen. Ihre Peer-Group war fragil und ihr wichtigster Lebenspartner schwer drogenabhängig. Die Medien drangen in ihr zerbrechliches Leben ein und trugen damit erheblich zu ihrem Untergang bei.

Amy Winehouse hätte ähnlich wie Jim Morrison[22] ihre Begabungen besser entfalten können, wenn sie z.B. wie Mick Jagger eine positive frühe Kindheit und die anerkennende Unterstützung der Eltern sowie eine Künstlerfreundschaft wie mit Keith Richards erlebt hätte. Wenn jemand, der ähnlich vital, emotional gefestigt, diszipliniert und kommunikativ ist wie Mick Jagger, gelegentlich Cannabis konsumiert, ist das kein Problem. Er wird es bald wieder lassen, weil es sein Lebensgefühl und seine Aktivität beeinträchtigt. Wenn aber ein Jugendlicher, dessen Eltern sich gerade bekriegen und der im Lernen, in Sport, Musik, Kunst und Freundeskreis keinen Rückhalt findet, am Ende noch eine kränkende Liebesenttäuschung erleidet, dann ist zu befürchten, dass er durch die cannabinoiden Tröstungen apathisch, depressiv und vielleicht sogar verzweifelt wird. Nicht alle haben dann das Glück, interessierte Freunde, Lehrer oder Psychotherapeuten zu finden, die ihnen Wege aus dem Teufelskreis weisen. Leider geschieht es häufig, dass sie in entsprechende Peer-Groups geraten, die die Abwärtsspirale verstärken.

V. Konklusion

Die Legalisierung von Cannabis ist ein komplexer gesellschaftlicher und juristischer Aushandlungsprozess. *Gunnar Duttge*[23] schildert die Anforderungen an eine rationale Gesetzgebung. Ich kann hier nur als Wissenschaftler, Arzt und Psychotherapeut sprechen. Die Konsumenten würde ich nicht bestrafen und schon gar nicht die durch Cannabis Erkrankten, sondern versuchen, sie von den Risiken zu überzeugen. Die Produzenten aber, die aus wirtschaftlichem Eigeninteresse offensiv falsche Versprechungen machen und die Risiken werbewirksam und bewusst

[22] *Holm-Hadulla*, Creativity, Alcohol and Drug Abuse: The Pop-Icon Jim Morrison, Psychopathology (2014), 47(3), 141-206.

[23] *Duttge*, „Streitobjekt Cannabis“: Anforderungen an eine rationale Gesetzgebung, in diesem Band.

verleugnen, würde ich haftbar machen. Auch Medien und Interessenverbände tragen in dieser Hinsicht Verantwortung.

Die öffentliche Verbreitung führt, wie nicht nur die Beispiele der Niederlande und USA zeigen, zu erheblich vermehrtem Konsum bei Kindern und Jugendlichen. Sie trocknet den illegalen Markt nicht aus, sondern führt ganz im Gegenteil zur intensivierten Produktion und zusätzlich zur Herstellung und Vermarktung von noch gefährlicheren Drogen.

Eine große Anzahl der regelmäßig Cannabis Konsumierenden werden chronisch krank. Das Argument, dass die mit der schrankenlosen Vermarktung einhergehenden Steuereinahmen die Behandlungskosten finanzieren könnten, ist falsch und zynisch. Schon die direkten Behandlungskosten übersteigen die zu erwartenden Steuereinnahmen um ein Vielfaches und manche durch Cannabis ausgelösten Erkrankungen lassen sich überhaupt nicht mehr heilen. Wie bei einem Medikament ist zu fordern, dass nicht nur die Wirkungen, sondern auch die Nebenwirkungen immer benannt werden.

Die Werbung und viele Medien nähren die Hoffnung auf „recreational use". Es müsste demgegenüber bekannt gemacht werden, dass Cannabis in vielen Fällen die eigenständigen schulischen, kulturellen, sportlichen und partnerschaftliche Suchbewegungen dämpft und mitunter sogar verhindert. Ein öffentliches Klima ist notwendig, welches vermittelt, dass bessere Methoden zur Emotionsregulation sowie zur persönlichen und sozialen Entwicklung existieren als die Einnahme von Cannabis.

„Erziehen heißt, sich Selbst-Erziehen". In dieser Hinsicht ist die Verantwortung der Eltern, Lehrer, Freunde und Medien gefordert. Man wird keinen 14-Jährigen vom Konsum abhalten können, wenn seine Eltern und Lehrer Marihuana rauchen oder sich mit Alkohol vergiften und die Medien einen entspannten und risikolosen Konsum vorgaukeln. Wenn der von ihm idealisierte 18- oder 21-Jährige im Café um die Ecke einen Joint raucht, wird er dies auch versuchen. Das Modelllernen findet nicht nur in der frühen Kindheit statt.

Die schrankenlose Vermarktung und interessengeleitete Verharmlosung von Cannabis bedeutet für viele keine Liberalisierung, sondern eine Versklavung. Die Freiheit zur kreativen Selbstverwirklichung, in der sich die psychosoziale Identität entwickelt, kostet aber mehr Anstrengung und oft auch mehr Geld als ein Joint: Gute Kindergärten und Schulen, qualifizierte ErzieherInnen und LehrerInnen und ein gesellschaftliches Klima, das der persönlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen die höchste Aufmerksamkeit widmet. Warum sollte man Cannabis, das eine Reihe medizinischer Indikationen hat, aber kein Allheilmittel ist, nicht in der Apotheke abgeben mit allen Regeln, die auch für andere Medikamente gelten? Auch die Haftung der Hersteller bei bewusster Fehlinformation wäre damit gewährleistet. Dann würde auch bekannter, dass Cannabis spezifische medizinische Indikationen hat, zum Beispiel bei schweren Tumorschmerzen.

Einen Feldversuch an gesunden Kindern und Jugendlichen, der mit dem freien Verkauf von Cannabis verbunden wäre, würde allerdings angesichts der Risiken

keine medizinische Ethikkommission erlauben. Verstöße gegen solche Feldversuche an gesunden Menschen, besonders wenn sie gezielt falsch informiert werden, würden mit Recht zu strafrechtlichen Konsequenzen führen.

VI. Zusammenfassung

Cannabis ist keine ungefährliche Freizeitdroge. Die aggressive Werbung geht mit einer Verleugnung der Risiken einher. Auch führen die in populären Medien verbreiteten Bekundungen von Persönlichkeiten, die Cannabis ohne Schaden konsumierten, zu einer systematischen Wirklichkeitsverzerrung, weil die Geschädigten sich nicht äußern können oder wollen. Auch ihre Freunde und Familienangehörigen sind oft in Schuld- und Schamgefühle verstrickt, die publikumswirksame Berichte verhindern. Der geglückte, aber meist sporadische Probierkonsum überschattet die unglücklichen Verläufe regelmäßigen Konsums. Diese umfassen Angst- und depressive Erkrankungen, Psychosen, Suizide, sexuelle und andere Traumatisierungen sowie – mitunter tödliche – Verkehrsunfälle. Deswegen ist es notwendig, die Risiken des nichtmedizinischen Gebrauchs öffentlich zu machen. Auch Interessenverbände wie der Deutsche Hanfverband sind hier in der Pflicht, auch sie müssen Verantwortung tragen. Dies gebietet auch die Fairness gegenüber den Opfern.

Die schrankenlose Vermarktung führt zu einer beträchtlichen Zunahme des Cannabis-Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen. Sie bedingt auch eine Zunahme des Missbrauchs von Amphetaminen und anderen, noch gefährlicheren Drogen. Sie begünstigt unrealistische Heilserwartungen an die chemische Manipulation von Gefühlen, Stimmungen und Gedanken. Evolutions- und neurobiologisch scheint es sehr unwahrscheinlich, dass relativ einfache Moleküle die sich seit 200.000 Jahren entwickelnde autopoietische Aktivität von Gehirn und Organismus verbessern, es sei denn, dass Mangelerscheinungen und Krankheiten vorliegen.

Der gern herangeführte Vergleich mit Alkoholmissbrauch ist irreführend. Rauschtrinken ist zwar ähnlich gefährlich wie eine Großhirnintoxikation durch Cannabis. Auch ist es richtig, dass mehr Alkoholabhängige registriert sind als Cannabisabhängige. Aber die Erwähnung des absoluten Risikos ist irreführend. Das absolute Risiko, eher durch Zyankali als durch Alkohol zu sterben, ist auch geringer. Schaut man sich allerdings das relative Risiko an, kommt man zu ganz anderen Ergebnissen: Die Zahl der Personen, die Alkohol ohne jeden Schaden trinken, ist um ein Vielfaches größer als durch Cannabis. Besonders gilt dies für Hirnschäden. Die meisten Alkoholkonsumenten erreichen nie oder selten einen Rauschzustand, d.h. eine Großhirnintoxikation, die hingegen das Ziel des Cannabiskonsums ist. Alkohol, der im Gegensatz zu den Opiaten auch chemisch und biologisch mit Cannabis nicht vergleichbar ist, führt bei den meisten Konsumenten zuerst zu einer Kleinhirn- und Stammhirnsymptomatik in Form von Bewegungsstörungen und Schläfrigkeit. Die meisten Alkoholtrinker beenden dann ihren Konsum.

Alkoholische Getränke dienen zudem seit Jahrtausenden nicht nur als Rauschmittel, sondern vorwiegend als Nahrungsmittel. Noch im 19. Jahrhundert waren leicht alkoholisierte Getränke lebenswichtig, weil in vielen Regionen kein unverseuchtes Wasser zur Verfügung stand. Und große Weintrinker wie Goethe haben ihre wissenschaftlichen, politischen und künstlerischen Hochleistungen nie unter Alkoholeinfluss erreicht.[24] Selbst ein so beispielhafter Trinker wie der Autor Scott Fitzgerald betonte, dass er nie auch nur eine Zeile schreiben konnte, wenn er unter dem Einfluss von Alkohol stand.

Zuletzt eine kleine Bemerkung zu dem häufigen Argument, dass cerebrale Intoxikationen, d.h. das Bewusstsein trübende Rauschzustände, zu jeder Kultur gehörten. Das ist so richtig wie die Tatsache, dass auch andere Formen von Selbstschädigung sowie Gewalttaten zu jeder Kultur gehören. Wenn wir sie noch nicht verhindern konnten, müssen wir dennoch daran arbeiten. Und es gibt bessere Formen von Selbstverwirklichung und sozialem Engagement. Diese positiven Alternativen sollten die Medien verbreiten. Die am finanziellen Eigeninteresse orientierten Produzenten und Händler sowie die Interessenverbände sollten die Gefahren und Risiken nicht verschweigen dürfen.

---

[24] *Holm-Hadulla*, Leidenschaft – Goethes Weg zur Kreativität, 2009.

Gesundheitliche Auswirkungen von Cannabismissbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

I. Verbreitung von Cannabisgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Rund 0,5 Prozent der Erwachsenen gelten laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung als süchtig nach Cannabis. Umgerechnet auf den entsprechenden Anteil an der Gesamtbevölkerung ist davon auszugehen, dass etwa 600.000 vorwiegend junge Menschen in Deutschland Probleme mit dem Konsum von Cannabis haben. Unter den 12- bis 17-Jährigen geben 1,2 Prozent regelmäßigen Cannabisgebrauch an.[1]

Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie (12-17 Jahre) sowie des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) (18-64 Jahre) berichten im Jahr 2015 7,3 % der Kinder und Jugendlichen und 6,1 % der Erwachsenen über Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten.[2] Die Raten für regelmäßigen Konsum sind deutlich geringer und folgen seit Jahren einem rückläufigen Trend. Nach Angaben der jüngsten Drogenaffinitätsstudie (2015) ist regelmäßiger Cannabiskonsum bei den 12- bis 17-Jährigen für 1,2 % der Altersgruppe nachweisbar. Unter jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren weisen 3,9 % regelmäßigen Can-

---

[1] *Orth,* Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016.

[2] *Gomes de Matos/Atzendorf/Kraus/Piontek*, Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015, Sucht (2016), 62, 271-281; *Orth* (Fn. 1).

nabiskonsum auf.[3] Die entsprechenden Werte liegen für riskanten Alkoholgebrauch um das 4-fache und für regelmäßiges Tabakrauchen um das 10-fache höher. Diese Daten sprechen deutlich gegen die Einschätzung von Cannabiskonsum als „Alltagsdroge".

Es liegen nur wenige Daten zur genauen Differenzierung der cannabisbezogenen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor. Daten der Studie „Early Development Stages of Psychopathology" (EDSP, 1995) aus dem Münchner Großraum weisen auf eine Lebenszeitprävalenz von 0,6 % bei den 14- bis 15-Jährigen und 0,9 % bei den 16- bis 17-Jährigen für die Diagnose einer „Abhängigkeit" hin sowie eine Lebenszeitprävalenz von 1,1 % bzw. 2,5 % für die Diagnose „Missbrauch".[4] In einer Auswertung der EDSP-Daten nach einem Follow-up von 42 Monaten fanden *von Sydow* und Mitarbeiter bei den zu Beginn der Untersuchung 14- bis 24-Jährigen (im Follow-up 17- bis 28-Jährige) eine kumulative Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum von 47 %. Für Missbrauch und Abhängigkeit ergaben sich Werte von 5,5 % beziehungsweise 2,2 %.[5]

Hinsichtlich einer Progression von Cannabisgebrauch in der Adoleszenz ergeben sich aus der EDSP-Studie folgende Hinweise: Im Verlauf von 42 Monaten stellten etwa die Hälfte der Konsumenten ihren Konsum ein, zumeist im Alter von über 20 Jahren; deutlichere Reduktionen waren vor allem bei den 18- bis 24-Jährigen zu verzeichnen. Die 14- bis 17-Jährigen wiesen demgegenüber häufiger gesteigerte Konsummuster und Übergänge zu Missbrauch und Abhängigkeit auf.[6] In der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen hatten hinsichtlich der Konsumprogression von Nicht-Konsum über Zwischenstufen bis hin zu regelmäßigem Cannabiskonsum (gemessen als kumulative Lebenszeitkonsumhäufigkeit >5 Gelegenheiten) folgende Faktoren prädiktiven Wert: familiäre substanzbezogene Störungen, niedriges Selbstbewusstsein, geringe Veränderungsmotivation, unmittelbare Verfügbarkeit von Drogen, Konsum in der Peer-Gruppe sowie die Vorgeschichte von Nikotinabhängigkeit und alkoholbezogenen Störungen.[7]

Cannabisgebrauch kann demnach ein auf die Adoleszenz begrenztes Verhalten darstellen, das unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten funktionalen Charakter annimmt und sich im weiteren Entwicklungsverlauf verliert („maturing out"). Andererseits kann er ein Indikator für maladaptive Entwicklungsverläufe sein. Kindliche Verhaltensprobleme im Sinne einer Störung des Sozialverhaltens

---

[3] *Orth* (Fn. 1).

[4] *Niethammer*, Häufigkeiten von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren an einer Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. [Vergleich mit der EDSP-Studie], 2004.

[5] *Von Sydow/Lieb/Pfister et al.*, The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults, Drug and Alcohol Dependency (2001), 64, 347-361.

[6] *Von Sydow/Lieb/Pfister et al.* (Fn. 5).

[7] *Höfler/Lieb/Perkonnig et al.,* Covariates of cannabis use progression patterns in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors, Addiction (1999), 94, 1679-1694.

sind ein besonderes Risiko für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit in der Adoleszenz.

II. Auswirkungen von Cannabisgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bei der Entscheidung, eine psychotrop wirksame Substanz dem BtMG zu unterstellen und damit die Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren zu schützen, ist die Bewertung der medizinischen und sozialen Auswirkungen des Konsums dieser Substanz von zentraler Bedeutung. Zu eben dieser Frage der kurz- und längerfristigen Folgen des Cannabisgebrauchs wurden in der Vergangenheit umfassende Forschungsarbeiten vorgelegt, wobei angesichts vieler und teilweise gegenläufiger Befunde aus Einzelstudien systematische Übersichtsarbeiten von besonderer Bedeutung sind. Zu den Auswirkungen des nicht-medizinischen Cannabiskonsums und -missbrauchs liegen solche systematischen Übersichtsarbeiten für die Zeiträume von 1966-1996[8] sowie von 1996-2006[9] vor. Vor dem Hintergrund sich wandelnder Konsumgewohnheiten, -motive und -kontexte, aber auch neuerer Forschung bspw. im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden[10] ist unstrittig, dass der Stand des Wissens seither wiederum deutlich vorangeschritten ist. Zudem werden mögliche gesundheitsrelevante Effekte der in den letzten Jahren stark veränderten Zusammensetzung und Potenz der cannabinoiden Wirkstoffe im konsumierten Cannabis in älteren Studien nicht abgebildet.[11] Dass der Konsum und Missbrauch von Cannabis insbesondere bei jungen Menschen[12] mit einer Reihe von gravierenden kurz- und langfristigen Risiken assoziiert sein kann, ist im Wesentlichen in allen vorstehend genannten Expertisen belastbar gezeigt und zuletzt in zwei, allerdings nicht-systematischen, Übersichtsartikeln[13] bekräftigt worden.

In der Einschätzung der Auswirkungen des Cannabiskonsums und -missbrauchs in einem engeren medizinischen Sinne wird in der Forschungsliteratur

[8] *Kleiber/Kovar*, Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen, 1998.

[9] *Petersen/Thomasius*, Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996-2006, 2007.

[10] *Van Amsterdam/Brunt/van den Brink*, The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects, Journal of Psychopharmacology (2015), 29, 254-263; *Patton/Chimalakonda/Moran et al.*, K2 Toxicity: Fatal case of psychiatric complications following AM-2201 exposure, Journal of Forensic Science (2013), 58, 1676-1680.

[11] *Volkow/Baler/Compton et al.*, Adverse Health Effects of Marijuana Use, The New England Journal of Medicine (2014), 370, 2219-2227.

[12] *Lubman/Cheetham/Yücel,* Cannabis and adolescent brain development. Pharmacology & Therapeutics, published online 2014, abrufbar unter: http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2014.11.009 [Zugriff am 26.06.2017].

[13] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.,* Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis, Deutsches Ärzteblatt (2015), 16, 271-278; *Volkow/Baler/Compton et al.* (Fn. 11).

neben den klinischen Diagnosen für eine psychische Störung im Zusammenhang mit Cannabis (z.B. Cannabiskonsumstörung) meistens zwischen kurz- und langfristigen biopsychosozialen Beeinträchtigungen unterschieden.[14] *Petersen und Thomasius*[15] bspw. ordnen die Befunde ihrer systematischen Literaturanalyse differenziert und evidenzgradiert folgenden drei Kategorien zu: a) *organmedizinische Auswirkungen* (medizinisch relevante Aspekte der Toxizität von Cannabiskonsum; z.B. pulmonale/respiratorische und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen, immunologische Auswirkungen, karzinogene Effekte), b) *psychische und psychosoziale Auswirkungen* (Aspekte der Psychopathologie und bestimmter sozialer Korrelate; z.B. Suchtentwicklung, schizophrene Psychosen und weitere psychische Störungen sowie ungünstige schulische, berufliche und weitere soziale Auswirkungen), und c) *neurokognitive Auswirkungen* (Beeinträchtigung kognitiver Leistungen und bestimmter biologischer Korrelate; z.B. Lern-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen, Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit). Relevant ist auch, inwieweit die langfristigen Folgen des Cannabiskonsums abhängig von anderen situativen und persönlichkeitsgebundenen Merkmalen (Alter, Konsumenge und -häufigkeit etc.) sind[16] und ob cannabisassoziierte Probleme durch den Cannabiskonsum verursacht oder durch andere Faktoren (mit-)bedingt sind.[17] Weitere Aspekte sind die Auswirkungen kombinierten Substanzkonsums (z.B. mit Alkohol), Cannabis als Möglichkeit, unerwünschte psychische und körperliche Symptome zu lindern („Selbstmedikation") sowie kulturelle, psychosoziale, entwicklungspsychologische und sozioökonomische Determinanten des Cannabiskonsums.[18]

In diesem Beitrag wird auf die Darstellung der organmedizinischen Auswirkungen verzichtet, und auch die sozialen Folgen des Cannabismissbrauchs können hier nur am Rande erwähnt werden. Ausführlich wird demgegenüber im Folgenden auf die cannabisbezogenen psychischen Folgestörungen sowie die komorbiden psychischen Störungen eingegangen. In weiteren Abschnitten werden die Behandlungsnachfrage und -kosten im Zusammenhang mit Cannabismissbrauch sowie das Zusammenspiel von Verfügbarkeit und Konsumausmaß im Jugendalter erörtert. Zuletzt werden jüngste Entwicklungen in US-Bundesstaaten mit einer Cannabislegalisierung mit dem derzeitigen cannabispolitischen Konzept in Deutschland verglichen.

---

[14] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.* (Fn. 13); *Volkow/Baler/Compton et al.* (Fn. 11); *Petersen/Thomasius* (Fn. 9).

[15] *Petersen/Thomasius* (Fn. 9).

[16] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.* (Fn. 13).

[17] *Macleod/Oakes/Copello et al.*, Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies, Lancet (2004), 363, 1579-1588.

[18] *Thomasius*, Therapieprinzipien., in: Thomasius/Schulte-Markwort/Küstner/Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, 2009, S. 211-221.

1. Cannabisbezogene psychische Störungen

Cannabisintoxikation: Reine Cannabisintoxikationen (ICD-10: F 12.0)[19] sind in der Regel nicht lebensbedrohlich, solange sich der Konsument nicht in einer gefährlichen Situation (z.B. Verkehrsteilnahme) befindet.[20] Akute Auswirkungen der Intoxikation sind neben der Dosis, Frequenz und Applikationsform von der individuellen Disposition des Konsumenten sowie dem situativen Kontext abhängig. Es können Euphorie oder Dysphorie, Entspannung, psychomotorische Verlangsamung, kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Gedächtnis), formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Beschleunigung, Weitschweifigkeit, Ideenflucht), Wahrnehmungsstörungen (Erleben von Zeit und Raum, Farben und Berührungsempfinden, eher bei höherer Dosis Halluzinationen), Depersonalisations- und Derealisationserleben, situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit sowie Angst und Panikreaktionen auftreten. Somatische Symptome sind Mydriasis, konjunktivale Injektion (Augenrötung), verminderter Augeninnendruck, Appetitzunahme (ggf. Übelkeit und Erbrechen), Mundtrockenheit, Tachykardie, Blutdruckänderungen, Absinken der Hauttemperatur (Kältegefühl), Bewegungsstörungen und Schwindel. Der Cannabisrausch hält maximal 3-5 Stunden an. Kognitive Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses) können diesen Zustand weit überdauern.[21] Bei regelmäßigen Cannabiskonsumenten ist die Wahrscheinlichkeit einer akuten Behandlungsnotwendigkeit durch Intoxikationen erhöht; gegenüber Nicht-Konsumenten war in der Studie nach *Polen* und Mitarbeitern das Risiko für respiratorische Probleme um 19 %, für Verletzungen um 32 % und wegen anderer Probleme um 9 % erhöht.[22]

Schädlicher Cannabisgebrauch: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F 12.1) liegt vor, wenn trotz Gesundheitsschäden (psychisch oder somatisch) infolge des Cannabisgebrauchs weiter konsumiert wird. Im ICD-10 (F 12.1) werden folgende diagnostische Kriterien definiert:

---

[19] *Dilling/Mombour/Schmidt* (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F), 4. Aufl., 2000.

[20] *Bonnet/Harries-Hedder/Leweke et al.*, AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie (2004), 72, 318-329.

[21] *Baving/Bilke*, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, in: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.), Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. Aufl. 2007, S. 13-33; *Bonnet*, Cannabis, in: Thomasius/Schulte-Markwort/Küstner/Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, 2009, S. 480-489; *Preuss/Wong,* Cannabinoide, in: Soyka (Hrsg.), Drogennotfälle. Diagnostik, Klinisches Erscheinungsbild und Therapie, 2010, S. 95-107.

[22] *Polen/Sidney/Tekawa et al.*, Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco, Western Journal of Medicine (1993), 158, 596-601.

- Es besteht der Nachweis, dass der Cannabisgebrauch für die körperlichen oder psychischen Schäden einschließlich eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung in zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann, verantwortlich ist.
- Die Art der Schädigung kann klar festgestellt und bezeichnet werden.
- Das Gebrauchsmuster besteht seit mindestens einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung, die durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt bedingt wurde, nicht zu.

Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich Einschränkungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen besonders häufig im schulischen und zwischenmenschlichen Bereich sowie in der Familie, in Beziehungen zu Gleichaltrigen und in einer Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus.[23]

Cannabisabhängigkeit: Im Fall einer Abhängigkeit (ICD-10: F 12.2) wird meist täglich und chronisch konsumiert. Dies ist jedoch keine notwendige Bedingung. Bei Kindern und Jugendlichen fehlen häufig Toleranzentwicklung und Entzugssymptome, während andererseits bereits erhebliche Schädigungen, insbesondere psychosoziale Beeinträchtigungen als Folge von Kontrollverlusten hinsichtlich der Konsummenge, -dauer und -beendigung bestehen. Weder ICD-10 noch DSM-5 verfügen über altersbezogene Kriterien für substanzbezogene Störungen. Die Diagnose der Cannabisabhängigkeit in der ICD-10 ist durch folgende Kriterien gekennzeichnet (drei oder mehrere der folgenden Kriterien haben gleichzeitig mindestens einen Monat lang durchgängig oder wiederholt in den letzten 12 Monaten bestanden):

- starkes Verlangen/Zwang, Cannabis zu konsumieren (Craving)
- verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Cannabisgebrauchs
- körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- fortschreitende Vernachlässigung anderer wichtiger Interessen zugunsten des Cannabisgebrauchs
- anhaltender Cannabisgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

[23] *Baving/Bilke* (Fn. 21); *Thomasius/Holtmann/Melchers et al.*, Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP. Erarbeitet durch die Gemeinsame Suchkommission zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016), 44, 158-163.

Aus jugendpsychiatrischer Sicht sind bei der Diagnose einer Cannabisabhängigkeit alterskorrelierte Merkmale zu berücksichtigen:[24]

- Es müssen die jugendspezifischen Motive des Cannabisgebrauchs im Zusammenhang mit adoleszentären Reifungs- und Entwicklungsprozessen erfasst werden.
- Die entwicklungspsychologische bzw. psychopathologische Bedeutung von Cannabiskonsum sollte beleuchtet werden.
- Eine kategoriale Aufteilung und Abfolge von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit greift bei Jugendlichen nur unzureichend, da das Kriterium Toleranzentwicklung infolge altersabhängiger Variationen geringe Spezifität hat und Entzugssymptome bzw. körperliche Symptome aufgrund kürzerer Konsumdauer kaum oder wenig ausgeprägt sein können.

Im Durchschnitt beginnen Jugendliche in Deutschland zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr mit dem Cannabisgebrauch. Risikopopulationen (z.B. Kinder und Jugendliche mit frühem und riskantem Suchtmittelkonsum, mit Schwierigkeiten in Schule und Familie, aus suchtbelasteten Familien oderin Hilfen zur Erziehung oder vergleichbaren Maßnahmen) steigen nicht selten bereits zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr mit dem Konsum von Cannabis ein. Insgesamt entwickeln etwa 9 % aller Cannabiskonsumenten eine Cannabisabhängigkeit. Wenn Cannabisgebrauch in der Adoleszenz beginnt, erhöht sich diese Rate auf 17 % und weiter auf 25-50 %, wenn Cannabinoide in der Adoleszenz täglich konsumiert werden. Bei Cannabiskonsumenten mit regelmäßigem, täglichem Konsummuster sind Toleranzentwicklung sowie psychische und körperliche Abhängigkeit überwiegend vorhanden. Cannabiskonsum in der Adoleszenz erhöht die Wahrscheinlichkeit späteren Missbrauchs sogenannter harter illegaler Drogen erheblich (s. unten).

Cannabis-Entzugssyndrom: Entzugssymptome bei cannabisbezogenen Störungen (ICD-10: F 12.3) sind mittlerweile gut dokumentiert. Sie können nach regelmäßigem Konsum von Cannabis etwa 10 Stunden nach Konsumbeendigung auftreten und über einen Zeitraum von etwa 7-21 Tagen andauern,[25] wobei der Höhepunkt der Symptomatik meist nach drei bis sechs Tagen erreicht ist.[26] Das typische Cannabisentzugssyndrom besteht aus Craving, innerer Unruhe, allgemeiner Irritabilität und Reizbarkeit, Aggressivität, Ein- und Durchschlafschlafstörungen, merkwürdigen Träumen („strange dreams"), Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, Schwitzen (vor allem nachts) und Appetitminderung.[27]

---

[24] *Laging*, Früherkennung, in: Thomasius/Schulte-Markwort/Küstner/Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, 2009, S. 375-382.

[25] *Bonnet* (Fn. 21).

[26] *Preuss/Zimmermann/Schmidt/Watzke*, Entzug von Cannabinoiden: ein Syndrom von klinischer Relevanz?, Psycho Neuro (2006), 32, 536-40.

[27] *Budney/Hughes/Moore/Vandrey*, Review of the validity and significance of the cannabis withdrawal syndrome, American Journal of Psychiatry (2004), 161, 1967-1977; *Baving/Bilke* (Fn. 21).

Im Jugendalter sind Cannabisentzugssymptome bislang wenig untersucht. Es gibt Hinweise auf eine weniger starke Ausprägung als bei Erwachsenen. Sind begleitende komorbide psychische Störungen zu diagnostizieren (vor allem Depressionen), berichten Jugendliche und junge Erwachsene von Craving in 82 % der Fälle sowie von Irritabilität (76 %), Unruhe (58 %), Angst (55 %) und aggravierter Depressivität (52 %).[28]

Psychotische Episoden: Transiente psychotische Episoden (Intoxikationspsychose, akute Intoxikation mit Wahrnehmungsstörungen: ICD-10: F 12.04) dauern nicht länger als 48 Stunden und erreichen in der Regel nicht das Ausmaß einer klinisch behandlungsbedürftigen Störung. Die Symptomatik kann hypomane und schizophreniforme Zustände beinhalten, gekennzeichnet durch einen Verlust der Ich-Kontrolle, Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, Halluzinationen, Wahn und Verwirrtheit.[29] Nach akutem sowie chronischem, häufiger nach hochdosiertem Cannabiskonsum können länger anhaltende psychotische Episoden mit schizophreniformer Symptomatik auftreten (Cannabis-Psychose; ICD-10: F 12.50-12.53). Die Symptomatik entwickelt sich innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen nach dem letzten Konsum und überdauert einige Tage. Die Symptomatik bildet sich in der Regel innerhalb von 2 Wochen zurück. Dauert die psychotische Störung über einen längeren Zeitraum an, wird empfohlen, von einer „endogenen Psychose" zu sprechen. Betroffen sind besonders vulnerable Personen. Eine rein symptomatische Abgrenzung der akuten cannabisinduzierten Psychose zu schizophreniformen oder schizophrenen Psychosen ist nicht möglich. Nachhallpsychosen (sog. Flashbacks; ICD-10: F 12.70) treten innerhalb von einigen Wochen nach dem letzten Cannabiskonsum auf. Als Auslöser werden emotionaler Stress, Erinnerungen und bestimmte Schlüsselreize angenommen. Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2007 bezifferte das Risiko, irgendeine psychotische Störung zu entwickeln, für Cannabiskonsumenten um das 1,4-fache, für regelmäßige Konsumenten um das 2,1-fache erhöht.[30] In einer aktuellen Metaanalyse[31] (N=66.816) errechnet sich dieses (Psychose-) Risiko für regelmäßige Cannabiskonsumenten um das 3,9-fache gegenüber Abstinenten gesteigert.

Motivationsstörung: Das sog. Amotivationale Syndrom (ICD-10: F 12.72) ist empirisch schlecht belegt. Dennoch werden nach chronischem und exzessivem Missbrauch von Cannabinoiden gehäuft Zustände von Lethargie, Passivität, Affektverflachung, Antriebsmangel und Interesselosigkeit beobachtet.[32] Vormals agile Ju-

---

[28] *Cornelius/Chung/Martin et al.,* Cannabis withdrawal is common among treatment-seeking adolescents with cannabis dependence and major depression, and is associated with rapid relapse to dependence, Addictive Behaviours (2008), 33 (11), 1500-1505.

[29] *Bonnet* (Fn. 21).

[30] *Moore/Zammit/Lingford-Hughes et al.*, Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, Lancet (2007*),* 370: 319-28.

[31] *Marconi/Di Forti/Lewis et al.*, Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis, Schizophrenia Bulletin (2016), 42, 1262-1269.

[32] *Täschner,* Cannabiskonsum und assoziierte psychische Störungen. Behandlungsstrategien, Nervenheilkunde (2007), 481-486; *Bonnet* (Fn. 21); *Preuss/Wong* (Fn. 21).

gendliche weisen einen Rückzug aus Alltagsaktivitäten wie Schule oder Arbeitstätigkeit auf. Störungen der Kognition und der Persönlichkeitsentwicklung sind häufig assoziiert. Es bedarf einer genauen differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu Residualzuständen der Schizophrenie, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Neurokognitive Folgestörungen: Kognitive Störungen (ICD-10: F 12.74) werden bei akuten Cannabisintoxikationen beobachtet (Defizite in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen sowie der Reaktionszeit und beim Lernen).[33] Weiterhin können sich chronische Gebrauchsmuster ungünstig auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernen auswirken. Bei adoleszenten Cannabisabhängigen zeigen sich auch noch einen Monat nach Abstinenz persistierende neuropsychologische Defizite, die durch ungünstige Beeinflussung der in dieser Altersphase relevanten Hirnreifung und kognitiven Entwicklung erklärt werden.[34]

Belege für globale kognitive Einschränkungen durch akuten Cannabiskonsum liefert eine aktuelle Metaanalyse:[35] Im Vergleich zu abstinenten Personen waren bei Cannabiskonsumenten Einschränkungen in den Bereichen abstraktes Denken, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Lernen und psychomotorische Funktionen zu verzeichnen. Nach mindestens einmonatiger Abstinenz waren diese Unterschiede nicht mehr nachweisbar. Andere Studien zeigen, dass insbesondere bei Beginn des Cannabiskonsums im Jugendalter die kognitiven Einschränkungen auch nach vierwöchiger Abstinenz noch vorhanden sein können. Überdauernde Defizite zeigten sich in den Bereichen psychomotorische Geschwindigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Planungsfähigkeit.[36]

Eine neuseeländische Langzeitstudie liefert Hinweise für einen ungünstigen Einfluss des regelmäßigen Cannabiskonsums im Jugendalter auf die spätere Intelligenzleistung.[37] Personen, die vor ihrer Volljährigkeit regelmäßig Cannabis konsumierten, hatten im Alter von 38 Jahren einen um acht Punkte niedrigeren Intelligenzquotienten als im Alter von 13 Jahren. Diese Effekte zeigten sich nicht bei Probanden, die erst als Erwachsene anfingen, über lange Zeit regelmäßig Cannabis zu konsumieren. Diese Befunde deuten auf eine erhöhte Vulnerabilität des Jugend-

---

[33] *Grant/Gonzalez/Carey et al.,* Non-acute (residual) neurological effects of cannabis use: a meta-analytic study, Journal of the International Neuropsychological Society (2003), 679-689.

[34] *Pope/Gruber/Hudson et al.,* Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association?, Drug and Alcohol Dependency (2003), 69, 303-10; *Thomasius/Petersen*, Cannabiskonsum neuropsychiatrisch beleuchtet: Alleingelassen in immer früherer Jugend, Neurotransmitter (2006), 7-8; *Medina/Hanson/Schweinsburg et al.*, Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: Subtle deficits detectable after a month of abstinence, Journal of the International Neuropsychological Society (2007), 13(5), 807-820.

[35] *Schreiner/Dunn*, Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis, Experimental and Clinical Psychopharmacology (2012), 20, 420-29.

[36] *Medina/Hanson/Schweinsburg et al.* (Fn. 34); *Solowij/Jones/Rozman, et al.,* Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users, Psychopharmacology (2011), 216, 131-144.

[37] *Meier/Caspi/Abler et al.*, Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, Proceedings of the National Academy of Sciences (2012), 109, 15970-1.

alters für neurokognitive Beeinträchtigungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum hin.

Diese neuropsychologischen Befunde korrespondieren mit altersabhängigen strukturellen Veränderungen der grauen und weißen Hirnsubstanz. In einer Studie mit jungen Cannabiskonsumenten[38] korrelierte die Volumenminderung im Bereich der rechten Amygdala und des Hippocampus beidseitig mit der Schwere der Cannabisabhängigkeit und der wöchentlich konsumierten Cannabismenge. Ferner gibt es Hinweise auf eine Veränderung der axonalen Faserbahnen.[39] Bei Konsumenten zeigte sich ein Verlust an axonaler Integrität (Verminderung der Faserbahnen um bis zu 84 %) im Bereich der Fimbrien rechts und einer Region des Corpus callosums bilateral sowie des Faserbündels, das vom Splenium des Corpus callosum zum rechten Precuneus zieht (Reduktion um 88 %). In beiden Befunden korreliert das Einstiegsalter für regelmäßigen Cannabisgebrauch mit den Befunden.

2. Komorbide psychische Störungen

Sehr häufig sind bei Cannabisabhängigen mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 50 bis 70 % komorbide psychische Störungen vorhanden. Dabei geht es mehrheitlich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und (seltener) um schizophrene Psychosen.[40] Bei Jugendlichen beobachtet man besonders häufig Störungen des Sozialverhaltens (28-62 %), depressive Störungen (16-61 %), Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen (insbesondere Binge-Eating/Purging und Bulimia Nervosa), beginnende Borderline-Persönlichkeitsstörungen, antisoziale Persönlichkeitsentwicklungen, substanzinduzierte Psychosen, schizophrene Psychosen, Aggressivität und Impulsivität inklusive des Hyperkinetischen Syndroms.[41] Mehrere Studien ergaben Zusammenhänge von Cannabisabhängigkeit und einer Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen.[42] Eine aktuelle Datenanalyse aus drei australischen Longitudinalstudien[43] (N=2537 bis N=3765) weist für Cannabiskonsumenten mit täglichem Cannabis-

[38] *Cousijn/Vingerhoets/Koenders et al.*, Relationship between working-memory network function and substance use: a 3-year longitudinal fMRI study in heavy cannabis users and controls, Addiction Biology (2013), 19, 282-293.

[39] *Zalesky/Solowij/Yuecel et al.*, Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity, Brain (2012), 135, 2245-2255.

[40] *Bonnet/Harries-Hedder/Leweke et al.* (Fn. 20).

[41] *Thomasius*, Störungen durch psychotrope Substanzen, in: Schlottke/Silbereisen/Schneider/Lauth (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter, 2005, S. 945-1010; *Stolle/Sack/Thomasius,* Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt (2007), 104 (28-29), A 2061-70.

[42] *Degenhardt/Hall/Lynskey,* The relationship between cannabis use and other substance use in general population, Drug and Alcohol Dependence (2001), 64, 319-327.

[43] *Silins/Horwood/Patton et al.*, Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis, Lancet Psychiatry (2014), 1, 286-293.

gebrauch vor dem 17. Lebensjahr eine um das 7,8-fache erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Gebrauch anderer illegaler Drogen auf.

Konsumenten mit *Persönlichkeitsentwicklungsstörungen* (ICD-10: F 93.8) oder ausgeprägten *Persönlichkeitsstörungen* (ICD-10: F 60.x, F 61.x) sowie Konsumenten mit *Hyperkinetischen Störungen/ADHS* (ICD-10: F 90.x) verwenden Cannabis gelegentlich zur Affekt- und Impulsregulierung im Sinne einer Selbstmedikation. Ähnliches gilt für *Verhaltensstörungen und Störungen der Emotionen* (ICD-10: F 91, F 92), die bei cannabisabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig gefunden werden. Die positiv bewerteten und von belasteten Konsumenten angestrebten Akuteffekte des Cannabiskonsums wie Entspannung, Euphorisierung und Angstlösung sowie eine gewisse Gleichgültigkeit führen zur raschen Symptomlinderung und Steigerung des Wohlbefindens. Die komorbid erkrankten Konsumenten gewinnen mit ihrem (auf Dauer dysfunktionalen) Bewältigungsversuch positive Konsumerfahrungen, welche den Übergang zu regelmäßigen Konsumformen begünstigen.

Bei Konsumenten mit *Schizophrenie* (ICD-10: F 20.x; F 23.1) liegt die Prävalenz des Cannabiskonsums um das 2- bis 5-fache höher als in der alterskontrollierten Bevölkerung. Das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, ist bei Cannabiskonsumenten um das 2-bis 4-fache gegenüber der Normalpopulation erhöht.[44] Das Review von *McLaren* und Mitarbeitern[45] stützt die Annahme, dass Cannabis bei der Entwicklung einer Schizophrenie erhebliche pathogenetische Bedeutung zukommt. Hochfrequenter und hochdosierter Cannabiskonsum werden vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Modells als potente Stressoren bewertet[46] und scheinen bei vulnerablen Personen eine Psychose induzieren zu können. Das Ersterkrankungsalter für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird durch Cannabis signifikant abgesenkt,[47] ein Umstand, der sich auf den Verlauf ungünstig auswirkt, da in der Regel ein früher Krankheitsbeginn mit einer schlechteren langfristigen Prognose einhergeht. Belegt ist der überwiegend negative Einfluss von Cannabiskonsum auch auf den Verlauf einer manifesten schizophrenen Psychose. Cannabis verstärkt die produktiven psychotischen Symptome, fördert Exazerbationen der Erkrankung und beeinträchtigt die soziale Integration der Patienten.[48] Die charakteristische Affektnivellierung und Antriebsminderung sollen mitunter verbessert werden.[49]

Hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und *depressiven Syndromen* (ICD-10: F 3x.x) weisen longitudinale Studien ein leicht erhöhtes Risiko

---

[44] *Moore/Zammit/Lingford-Hughes et al.* (Fn. 30); *Marconi/Di Forti/Lewis et al.* (Fn. 31).
[45] *MacLaren/Silins/Hutchinson et al.*, Assessing evidence for a causal link between cannabis and psychosis: A review of cohort studies, International Journal of Drug Policy (2010), 21, 10-19.
[46] *Gouzoulis-Mayfrank,* Doppeldiagnose Psychose und Sucht – von den Grundlagen zur Praxis, Nervenarzt (2004), 75: 642-650; *MacLaren/Silins/Hutchinson et al.* (Fn. 45).
[47] *Petersen/Thomasius* (Fn. 8); *MacLaren/Silins/Hutchinson et al.* (Fn. 45).
[48] *Wobrock/Pajonk/D'Amelio/Falkai*, Schizophrenie und Sucht, Psycho Neuro (2005), 31, 433-439.
[49] *Leweke,* Akute Effekte, in: Grotenhermen (Hrsg): Cannabis und Cannabinoide: Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potenzial, 2004, S. 307-314.

insbesondere bei frühem Beginn eines regelmäßigen Cannabiskonsums auf (Odds ratio: 1,17-1,62).[50] Bei jugendlichen Cannabiskonsumenten wurde zudem ein erhöhtes Auftreten von *Suizidgedanken* beschrieben.[51] Die Datenanalyse dreier australischer Longitudinalstudien (Australian Temperament Project, Christchurch Health and Development Study, Victorian Adolescent Heath Cohort Study) untersuchte den Zusammenhang zwischen Cannabisgebrauch vor dem 17. Lebensjahr und mehreren Entwicklungszielen. Bei täglichem frühen Cannabisgebrauch zeigte sich eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit für *Suizidversuche* (Odds ratio: 6.83).[52]

Die Befunde zu *Angststörungen* (F 40.x, F 41.x) und Cannabiskonsum sind besser untermauert als die Zusammenhänge mit depressiven Störungen. In epidemiologischen Untersuchungen ergab sich ein 2,5- bis 6-fach erhöhtes Risiko für Angststörungen bei Cannabisabhängigen.[53]

III. Behandlungsnachfrage und -kosten

Die Behandlungsnachfrage durch Cannabiskonsumenten weist in vielen europäischen Ländern und in Deutschland eine steigende Tendenz auf. Bei Personen, die sich in Deutschland erstmalig in drogenspezifische Beratung oder Behandlung begeben, steht Cannabis als Substanz prominent an erster Stelle aller Klienten, deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten. Den Berichten der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht zufolge[54] gehören behandlungssuchende Cannabiskonsumenten mit durchschnittlich 25 Jahren zu den jüngsten Patienten innerhalb der Suchtkrankenhilfe. Unter den 15- bis 19-Jährigen geben 76 % Cannabis als Primärdroge an und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen sogar 86 %. Das Verhältnis zwischen jungen Männern und jungen Frauen beträgt etwa 5:1. Fast jeder fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik weist zusätzlich einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (19,1 %) bzw. mehr als jeder zehnte Klient einen schädlichen Gebrauch oder ein Abhängigkeit von Kokain (10,1 %). Etwa ein Viertel dieser Klienten erfüllt zudem die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung. Fast zwei Drittel der Klienten mit einer Cannabis-bezogenen Störung sind alleinstehend und fast ein Sechstel hat die Schule ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss beendet. Die Arbeitslosigkeit liegt mit über 40 % auch im Vergleich mit anderen Suchtklienten extrem hoch.

---

[50] *Lev-Ran/Roerecke/Le Foll et al.,* The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies, Psychological Medicine (2014), 44, 797-810.

[51] *Moore/Zammit/Lingford-Hughes et al.* (Fn. 30).

[52] *Silins/Horwood/Patton et al.* (Fn. 43).

[53] *Stinson/Ruan/Pickering/Grant*, Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and comorbidity, Psychological Medicine (2006), 36, 1447-1460.

[54] *EMCDDA*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – European Drug Report 2014: Trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014.

In den etwa 20 bundesdeutschen Suchtschwerpunkten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken stellen sich die Komorbiditäten und psychosozialen Auswirkungen des Konsums aufgrund des jüngeren Lebensalters der Patienten noch deutlich akzentuierter dar. Etwa drei Viertel der Jugendlichen in Behandlung weisen keinen Schulabschluss auf, ein großer Teil hat die Schule ohne Abschluss abgebrochen. Zusätzliche Suchtdiagnosen beziehen sich in über 90 Prozent der Fälle auf die Substanz Nikotin sowie bei etwa einem Drittel der Patienten auf Alkohol. Die substanzbezogenen Zusatzdiagnosen für Ecstasy, Amphetamin, Methamphetamin, Kokain und Opioide liegen zwischen 7 und 16 %.[55] Mehr als 90 % der minderjährigen cannabisabhängigen Patienten haben komorbide psychische Störungen, dabei handelt es sich vorwiegend um kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, hyperkinetische Störungen, Angststörungen, depressive Störungen sowie substanzinduzierte kognitive Störungen, Motivationsstörungen, psychotische Störungen und Schizophrenien.

Schädlich und abhängig Cannabis konsumierende Versicherte verursachen pro Person und Jahr um 1.068 Euro höhere Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Kosten sind mit den Pro-Kopf-Kosten des Tabakkonsums in Höhe von 1.246 Euro vergleichbar (rein medizinische Kosten ohne Beratungs-, Reha- und Pflegekosten, die deutlich höher ausfallen). Insgesamt ergeben sich, je nach Prävalenz des schädlichen oder abhängigen Cannabiskonsums, in Deutschland ökonomische Kosten (inklusive Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, psychische Komorbidität) in Höhe von 263 bis 975 Mio. Euro jährlich.[56]

IV. Verfügbarkeit und Konsumausmaß

Mit Blick auf den zitierten Forschungsstand zu den gesundheitlichen Folgen des Cannabismissbrauchs und der gestiegenen Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und Rehabilitation durch Cannabiskonsumenten kommen immer mehr Kinderpsychiater und -psychologen sowie Suchtexperten[57] zu der Überzeugung, dass möglichst jeglicher Cannabisgebrauch im Kindes- und Jugendalter vermieden werden sollte und dem Jugendschutz daher eine zentrale Bedeutung beigemessen werden muss. Welchen Beitrag, so stellt sich die Frage, leisten dabei gesetzliche Regulierungen im Kontext einer evidenzbasierten Suchtprävention?

In der vergleichenden Studie ESPAD[58] werden seit mehr als 18 Jahren die Prävalenzen des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in mehreren

---

[55] *Wartberg*, Ergebnisse einer Katamnesestudie zur stationären Behandlung jugendlicher Substanzkonsumenten, 2011.

[56] *Effertz/Verheyen/Lindner,* Kosten des Cannabiskonsums in Deutschland, Sucht (2016), 62, 31-41.

[57] *Silins/Horwood/Patton et al.* (Fn. 43); *Fergusson/Boden,* Commentary on Hall. The health effects of recreational cannabis use, Addiction (2015), 110, 36-37; *Lubman/Cheetham/Yücelm* (Fn. 12); *Thomasius/Holtmann/Melchers et al.* (Fn. 23).

[58] *Hibell/Guttormson/Ahlström et al.*, The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries, 2012.

europäischen Ländern erfasst. Hier zeigt sich, dass die leichte Verfügbarkeit von Drogen zu erhöhter Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung beiträgt. Restriktionen schützen Kinder und Jugendliche demgegenüber vor verfrühtem Substanzgebrauch. In umgekehrter Richtung wirkt sich eine geringe Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung im erwünschten Sinn auf Einstellungen und Konsummuster von Schülern aus – in Ländern mit niedrigerer Prävalenzrate wird das Gesundheitsrisiko durch Cannabiskonsum höher eingeschätzt. Die Daten der ESPAD-Studie zeigen ferner, dass der lebensgeschichtlich frühe Beginn von Cannabiskonsum mit einem besonders hohen Risiko für eine Suchtentwicklung und einem chronischen Drogenkonsum im Erwachsenenalter einhergeht.

Bei den 30-Tage-Prävalenzen der 15- bis 16-jährigen Schüler/Innen ergibt sich für Cannabiskonsum aus der ESPAD-Studie (2012) folgendes Bild: Frankreich 26 % / 22 %, Tschechische Republik 17 % / 12 %, Spanien 14 % / 13 %, Italien 14 % / 9 %, Belgien 13 % / 9 %. In Deutschland liegen die entsprechenden Werte bei 10 % für Jungen und bei 4 % für Mädchen. Der Durchschnitt aller teilnehmenden Länder beträgt für Jungen 8 % und für Mädchen 5 %. In der Schweiz und den Niederlanden wurden 30-Tage-Prävalenzen nicht erhoben bzw. nicht berichtet. Ein ähnlicher Trend wie bei den 30-Tage-Prävalenzen stellt sich für die Lebenszeitprävalenzen (mindestens einmal konsumiert) der Schüler in den Jahren 2010 und 2011 dar.[59] Der Durchschnittswert aller teilnehmenden Länder liegt geschlechterübergreifend bei 20 % (Deutschland: 19 %). In absteigender Häufigkeit ergeben sich folgende Werte: Tschechische Republik 42 %, Frankreich 38 %, Slowakei 27 %, Niederlande 27 %, Spanien 26 %, Belgien 23 %, Italien 21 %.

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie geben ferner Aufschluss über den Zusammenhang von Einstiegsalter und Häufigkeit des Konsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern. Hier zeigt sich, dass der lebensgeschichtlich frühe Beginn von Cannabiskonsum mit einem besonders hohen Risiko für eine Suchtentwicklung und chronischen Drogenkonsum im Erwachsenenalter einhergeht. 8 Länder meldeten einen Anteil von mindestens 5 % der Schüler, die bereits im Alter von 13 Jahren oder noch früher mit dem Cannabiskonsum beginnen. Dies sind Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Estland, Frankreich, Niederlande, Slowakei und Vereinigtes Königreich, also wiederum jene Länder, die sich im europäischen Vergleich durch die höchsten Prävalenzraten des Cannabiskonsums bei Schülern auszeichnen.

Dass sich eine wenig restriktive Haltung gegenüber Cannabisgebrauch vor allem bei Kindern und Jugendlichen ungünstig auf deren Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung auswirkt, belegt auch die Begleitforschung zu den „coffee shops" in den Niederlanden. Hier beobachtet man, dass niederländische Jugendliche im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viel Cannabis konsumieren

[59] Vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2012. [Kapitel 3: Cannabis (S. 44-54)]. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

und früher in den Cannabiskonsum einsteigen als im europäischen Durchschnitt.[60] Ferner ging in den Niederlanden nach dem Jahr 1996, in dem die Altersgrenze für den erlaubten Erwerb von Cannabisprodukten in „coffee shops“ von 16 auf 18 Jahre erhöht wurde, der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen merklich zurück, was für einen Effekt dieser restriktiveren Regelung spricht.[61]

In einer australischen Datenanalyse (N=39.087) wurde der Fragestellung nachgegangen, ob der Wegfall strafrechtlicher Sanktionierung zu Konsumanstiegen führt und welche Altersgruppen in diesem Fall betroffen sind. Verglichen wurden dazu vier Staaten, in denen Cannabisgebrauch gesetzlich entkriminalisiert wurde, mit vier Staaten ohne Gesetzesänderung.[62] In Staaten mit einer Liberalisierung liegen die Einstiegsquoten in Cannabiskonsum bis zum 18. Lebensjahr deutlich höher als in Staaten ohne Liberalisierung (47 % vs. 37 %). Das typische Einstiegsalter (Peak) verlagerte sich durch die Liberalisierung von vormals 18 Jahre auf 16 Jahre. In Staaten mit einer Liberalisierung bestanden die frühen Einstiege in Cannabiskonsum auch noch 5 Jahre nach der Gesetzesänderung fort.

V. Jüngste Entwicklungen in US-Bundesstaaten mit einer Cannabislegalisierung

Lassen sich bereits heute bestimmte Trends im Konsum- und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung in den von gesetzlichen Änderungen betroffenen US-Bundesstaaten beobachten? Haben die Einführung der legalen Cannabisabgabe an Erwachsene respektive der Abgabe von Cannabis zum medizinischen Gebrauch zu verändertem Konsum- und Gesundheitsverhalten beigetragen? Sind Auswirkungen der Gesetzesänderungen auf Kinder und Jugendliche verifizierbar?

Fast die Hälfte der US-Bundesstaaten hat Cannabis als Therapeutikum anerkannt und den Verkauf an Kranke stark erleichtert. In einer aktuellen Studie[63] wurde untersucht, inwieweit sich die Konsummuster der Jugendlichen in US-Bundesstaaten mit einem liberalen Umgang mit Medizinalhanf von Konsummustern der Jugendlichen in Bundesstaaten ohne solche Regelung unterscheiden. In Bundesstaaten, die den medizinischen Gebrauch der Droge tolerieren, liegt bei Zwölftklässlern die Rate der Cannabiskonsumenten um 35 % höher (23 % bei

---

[60] Vgl. ESPAD-Daten 2007-2011, in *Hibell/Guttormson/Ahlström et al.*, The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries, 2009; *Hibell/Guttormson/Ahlström et al.* (Fn. 58).

[61] *Monshouwer/Van Laar/Vollebergh*, Buying cannabis in „coffee shops“, Drug and Alcohol Review (2011), 30 (2), 148-56.

[62] *Williams/Bretteville-Jensen*, Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use?, Journal of Health Economics (2014), 36, 20-32.

[63] *Hasin/Wall/Keyes et al.*, Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional survey, Lancet Psychiatry, published online June 16, 2015, abrufbar unter: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00217-5.pdf [Zugriff am 26.06.2017].

Zehntklässlern, 18 % bei Achtklässlern) als in Bundesstaaten ohne diese Regelung, allerdings entwickelte sich dieser Trend bereits geraume Zeit vor der gesetzlichen Umstellung. Entscheidend ist offenbar die soziale Akzeptanz der Substanz in der Gesellschaft. In Colorado vergingen vom Zeitpunkt der Erlaubnis für den medizinischen Gebrauch von Cannabis im Jahr 2000 bis zum Beginn des „recreational sale" im Jahr 2014 insgesamt 14 Jahre.

Eine kalifornische Beobachtungsstudie[64] belegte jüngst, dass die alleinige Exposition von Cannabis-bezogenen Werbebotschaften sowohl die Konsumabsichten als auch den tatsächlichen Konsum bei 13-jährigen Jugendlichen begünstigt. Diese Effekte sind aus der Alkohol- und Tabakforschung seit längerer Zeit gut bekannt; daher wird die Alkohol- und Tabakwerbung mittlerweile durch entsprechende Bestimmungen stark reguliert. Die Studie liefert Hinweise, dass Werbung für den medizinischen Gebrauch von Cannabis in der Wahrnehmung von Kindern und Jugendlichen die Risiken verharmlost und den medizinischen Nutzen überakzentuiert. Auch der zweite wesentliche Befund der Studie, nämlich dass der Konsum von Cannabis die Exposition von Cannabis-bezogener Werbung vorhersagt, verdient Beachtung. Dieser Effekt wird damit erklärt, dass konsumierende Jugendliche ein höheres Interesse und eine höhere Aufmerksamkeit für solche Werbeinhalte haben. Frühere Befunde zeigen, dass konsumierende Jugendliche im Vergleich zu nicht konsumierenden Peers deutlich positivere Einstellungen gegenüber Cannabis haben, z.B. definieren sie Cannabis eher als eine „nützliche", „medizinisch-therapeutische" Substanz und weniger als eine „illegale". Werbung für den medizinischen Gebrauch kann solche Einstellungen gerade bei konsumierenden Jugendlichen verstärken und deren Konsum „validieren".

Die Weitergabe von Marihuana für medizinische Zwecke an Jugendliche ist ein anderes kaum beherrschbares Problem. Unter den Jugendlichen in medizinischer Erstversorgung (primary care) berichten 18 %, Marihuana von einer (erwachsenen) Person mit einer Lizenz für medizinischen Cannabisgebrauch zu beziehen.[65] 74 % der Jugendlichen in Suchttherapie geben an, im Mittel mehr als 50 Mal Cannabisprodukte von Personen mit einer Lizenz für medizinischen Cannabisgebrauch bezogen zu haben.[66] Der National Survey on Drug Use and Health (2013, 2014) weist in der 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums für die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen in Colorado einen annähernd doppelt so hohen Konsum von Cannabis auf wie im Durchschnitt der US-Bundesstaaten (12,6 % vs. 7,2 %).[67] Mit diesen Werten liegt Colorado an der Spitze der US-Bundesstaaten. Die Schulverweise

[64] *D'Amico/Miles/Tucker*, Gateway to Curiosity: Medical Marijuana Ads and Intervention and Use During Middle School, Psychology of Addicted Behaviours (2015), 29, 613-619.

[65] *Thurstone/Tomcho/Salomonsen-Sautel/Profita,* Diversion of medical marijuana: when sharing is not a virtue, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2013), 52, 653-654.

[66] *Salomonsen-Sautel/Sakai/Thurstone et al.*, Medical marijuana use among adolescents in substance abuse treatment of the American Academy of Child and Adolescent, Psychiatry (2012), 51, 694-702.

[67] *Ammerman, S./Ryan/Ammerman, W.P.,* The impact of marijuana policies on youth; clinical, research, and legal update, Pediatrics (2015), 135, 769-785.

aufgrund Drogenkonsums sind seit der Legalisierung ebenfalls deutlich angestiegen.[68] Hohe Steigerungsquoten findet man in der 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums auch in der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen (31,2 % vs. 19,3 %) sowie bei den älter als 25-Jährigen (12,5 % vs. 6,1 %). Auch für die beiden zuletzt genannten Altersgruppen stehen die Prävalenzraten in Colorado (und Washington) an Platz 1 (Platz 2) aller US-Bundesstaaten.[69]

Die Anzahl cannabisbezogener Notfallbehandlungen hat sich in Colorado von 2011 bis 2014 mehr als verdoppelt.[70] Ferner sind die cannabisbezogenen Krankenhausaufnahmen von 2.500 Fällen im Jahr 2000 auf etwa 11.500 Fälle im Jahr 2014 angestiegen.[71] Der Anteil der bis 4-jährigen Kinder mit cannabisbezogenen Vergiftungen lag in Colorado für den Zeitraum von 2006 bis 2009 gemessen am Gesamt der Vergiftungsfälle noch bei 8,6 % und stieg auf 18,2 % für den Zeitraum von 2013 bis 2015 an (zum Vergleich lag der Durchschnitt aller US-Bundesstaaten bei 3,8 % für 2006-2009 bzw. bei 6,4 % für 2013-2015).[72]

Bei den Verkehrstoten in Colorado wurde im Jahr 2006 ein Zusammenhang mit Cannabis in 6,9 % der Fälle hergestellt. Im Jahr 2015 wurde dies in 21,0 % der Fälle dokumentiert.[73] Die Zahl getesteter Verkehrsteilnehmer mit einem positiven Cannabisbefund stieg von 7,9 % im Jahr 2006 auf 25,0 % im Jahr 2015 an.[74] Unter den Suiziden in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen ergaben sich toxikologische Cannabisnachweise in 16 % der Fälle (für den Zeitraum 2012-2014). Suizide unter Cannabiseinfluss übersteigerten damit erstmalig den Anteil der Suizide unter Alkoholeinfluss oder dem Einfluss anderer Substanzen.[75]

VI. Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung und der Prävention

Im europäischen Vergleich liegen die Quoten regelmäßigen (täglichen oder fast täglichen) Cannabisgebrauchs in der deutschen Bevölkerung ausgesprochen niedrig (mit 0,4 % auf dem 5. Rang von 14 Ländern insgesamt, Durchschnitt 0,7 %) und nirgendwo anders in Europa ist die Behandlungsquote regelmäßiger Konsumenten so hoch wie hierzulande.[76] Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass in

[68] Colorado Department of Education, 2016.

[69] *Wong/Clarke/Harlow*, The legalization of marijuana in Colorado: the impact, published online 2016, https://www.sheriffs.org/sites/default/files/2016%20FINAL%20Legalization%20of%20Marijuana%20in%20Colorado%20The%20Impact.pdf [Zugriff am 26.06.2017].

[70] Colorado Hospital Association, Emergency Department Visit Dataset, 2015.

[71] Colorado Hospital Association, Hospital Discharge Dataset, 2015.

[72] Rocky Mountain Poison and Drug Center, 2016; *Wong/Clarke/Harlow* (Fn. 69).

[73] FARS 2006-2011, Colorado Department of Transportation 2012-2015.

[74] FARS 2006-2011 (Fn. 73); *Wong/Clarke/Harlow* (Fn. 69).

[75] *Wong/Clarke/Harlow* (Fn. 69).

[76] *EMCDDA*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Treatment of cannabis-related disorders in Europe, 2015.

Deutschland die derzeitigen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) mit verschiedenen Maßnahmen der Cannabisprävention in den Handlungsfeldern Familie, Freundeskreis, Schule und Gemeinde[77] sowie den ausstiegsorientierten und schadensminimierenden Hilfen (Beratung, Akutbehandlung, Postakutbehandlung, Nachsorge) Synergie entfalten und sich im erwünschten Sinne auswirken.

Eine Analyse der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zeigt, dass in Deutschland bei der Bekämpfung der Cannabisproblematik die meisten Mittel in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung investiert werden. Die Spanne aller öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich erstreckt sich nach Schätzwerten der EBDD-Recherche in 16 europäischen Ländern von 0,01 % bis 0,5 % des jeweiligen Bruttoinlandprodukts (BIP).[78] Eine Aufschlüsselung der Ausgaben in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ergibt, dass in Deutschland mit einem Anteil von etwa 65 % der Gesamtausgaben der Großteil der Mittel in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung investiert wird. Damit gehört Deutschland (gemeinsam mit den Niederlanden, Zypern, Ungarn, Schweden und Kroatien) zu jenen 6 europäischen Ländern, die den überwiegenden Teil ihrer Mittel für Maßnahmen zur Nachfragereduzierung einsetzen. Demgegenüber wenden Italien, Portugal, Frankreich und Lettland den größten Teil ihrer Ausgaben für Maßnahmen zur Senkung des Angebots auf.

Durch eine sinnvolle Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltenspräventiven Ansätzen und früh einsetzenden Hilfeangeboten lässt sich der Cannabismissbrauch bei Kindern und Jugendlichen begrenzen. Das Mehrsäulen-Konzept, bestehend aus Angebotsreduzierung, Prävention, Hilfestellung und Schadensminimierung, hat sich in Deutschland bewährt.

VII. Schlussfolgerung

Mindestens drei gute Gründe sprechen gegen eine Cannabislegalisierung. Erstens würde im Falle einer Legalisierung der Cannabisgebrauch insbesondere durch junge Menschen mitsamt der Gefahren durch Suchtentwicklung und der ungünstigen Folgen des Konsums auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit zunehmen. Zweitens würde der im europäischen Vergleich ausgesprochen erfolgreiche cannabispolitische Kurs in Deutschland konterkariert und gefährdet werden. Und drittens würden von einer Cannabislegalisierung vor allem die sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen mit geringen Bildungschancen hart getroffen werden, da sie besonders leicht verführbar und suchtgefährdet sind. Die Legalisie-

[77] Vgl. Übersicht bei *Bühler/Thrul*, Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs". Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46, 2013, Köln: BZgA.

[78] *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EBDD), Drogenangebot in Europa (EMCDDA), in: Europäischer Drogenbericht 2014: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

rung von Cannabis würde daher die Chancenungleichheit beim Aufwachsen in unserer Gesellschaft befördern. Den am Kindeswohl Gelegenen erscheint die Legalisierung deshalb als ein Irrweg.

Kiffen, Krämpfe, Krankenhaus – Cannabis-Intoxikationen aus Sicht des Giftnotrufs

Prof. Dr. med. Andreas Schaper

I. Einleitung

Geschichte kann durchaus als eine Geschichte der Gifte definiert werden. Seit Menschengedenken spielen Gifte im Leben der Menschen eine herausragende Rolle. Ein prominentes Beispiel hierfür ist der Tod von Sokrates: Im Jahre 399 v. Chr. wurde er zum Tode verurteilt und musste den Schierlingsbecher trinken. Andererseits kann Geschichte auch als eine Geschichte der Gegengifte definiert werden. So versuchte der König von Pontos (gelegen im Nordosten der heutigen Türkei), Mithridates VI. (130-63 v. Chr.), zeit seines Lebens ein universelles Antidot herzustellen. Zahlreiche Insassen in den Gefängnissen mussten zunächst ein Gift schlucken und danach das vermeintliche Gegengift zu sich nehmen. Man kann sich gut vorstellen, dass einige der Delinquenten diese Prozeduren mit ihrem Leben bezahlen mussten.

Die Verwendung von Cannabis hat eine jahrtausendalte Tradition. Älteste Hinweise gibt es aus China aus dem Jahre 2737 v. Chr. Nach diesen Quellen empfahl Kaiser Sheng Nung Cannabis zur Therapie folgender Krankheiten: Verstopfung, Gicht, Frauenkrankheiten, Malaria und Geistesabwesenheit. Im 20. Jahrhundert erlebte Cannabis eine Karriere als Droge und wird inzwischen als Medikament zunehmend befürwortet. Mögliche Indikationen sind u.a. Schmerzen, Spastiken bei Multipler Sklerose, Anorexie, Kachexie, Übelkeit, Erbrechen und Depression.

Cannabis wirkt im menschlichen Körper vermittelt über die Cannabinoid-Rezeptoren. Es existieren zwei verschiedene Rezeptoren: der CB_1-und der CB_2-Rezeptor. Dieses körpereigene System wurde in den 1980er Jahren entdeckt und ist vergleichbar mit dem Opioidrezeptorsystem. Es existieren einige endogene Cannabinoide wie z.B. das Anandamid. Das Wort Anandamid hat seine etymologi-

schen Wurzeln im Sanskrit und bedeutet „Glückseligkeit". Die CB_1-Rezeptoren sind im zentralen Nervensystem lokalisiert, deren Funktion die Modulierung der Ausschüttung von Neurotransmittern ist. Diese sind also für die neurologischen Symptome, d.h. für die gewünschten berauschenden Effekte verantwortlich. Die CB_2-Rezeptoren sind in Immunzellen lokalisiert und können die Zytokinausschüttung modulieren. Die Aktivierung dieser Rezeptoren hat mutmaßlich nichts mit den berauschenden Wirkungen zu tun; insgesamt ist allerdings über die Funktion der CB_2-Rezeptoren weniger bekannt als über die CB_1-Rezeptoren.

Vergiftungen mit Cannabis können eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Symptome hervorrufen. Das zentrale Nervensystem betreffend ist u.a. das Auftreten folgender Anzeichen möglich: Unruhe, Agitiertheit, Angst bis Todesangst, selten akute Psychosen. Andererseits kann die akute Cannabis-Intoxikation zu einer ausgeprägten Sedierung führen. Bezüglich des Herz-Kreislauf-Systems sind folgende Symptome zu erwarten: Anstieg oder Abfall von Herzfrequenz und Blutdruck. Bei praktisch jeder akuten Vergiftung kommt es zu einer unterschiedlich ausgeprägten Konjunktivitis, d.h. einer Rötung der Bindehaut der Augen. Da die Symptomatik der Cannabis-Intoxikation so facettenreich sein kann, wird sie von den Medizinern auch als der „Affe" bei den Intoxikationen bezeichnet. Todesfälle stellen bei der akuten Vergiftung eine absolute Rarität dar.

II. Akute Cannabis-Intoxikationen des GIZ-Nord

Das GIZ-Nord (Giftinformationszentrum-Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein)[1] ist in der Universitätsmedizin Göttingen lokalisiert und für eine Bevölkerung von ca. 12-13 Millionen Menschen zuständig. Pro Tag wird es ungefähr 120-150mal (in Spitzenzeiten bis zu 200mal) konsultiert. Beantwortet werden die Anfragen von 12 bis 14 Ärztinnen und Ärzten sowie von drei Krankenschwestern. Bei ungefähr der Hälfte der Anfragen handelt es sich um Laienanrufe, bei der anderen Hälfte kommen die Anfragen von medizinischem Fachpersonal wie Rettungsdienst, Arztpraxen oder Krankenhäusern.

In einer retrospektiven Analyse wurden alle akuten Cannabis-Monointoxikationen von 1996 bis 2016 mittels der institutsinternen Datenbank GIZINDEX ausgewertet. Es handelte sich dabei um 506 Fälle. Bei der Analyse der Daten wurden folgende Aspekte ausgewertet: zeitliche Entwicklung über die Jahre, Altersverteilung und Schwere der Vergiftung. Die Schwere der Vergiftung wurde nach dem so genannten *Poisoning Severity Score (PSS)* eingeteilt. Bei dieser Skala handelt es sich um das weltweit am weitesten verbreitete System zur Schwereeinteilung von Intoxikationen. Unterschieden werden fünf Grade: symptomlos, leicht, mittelschwer, schwer und tödlich. In die Einteilung des PSS gehen Symptome aus 14 verschiedenen Organen oder Organsystemen ein. Am Beispiel des Nervensystems

[1] www.giz-nord.de.

sei dies kurz erläutert: ein leichtes Symptom ist Schwindel, mittelschwer sind Halluzinationen, Koma zählt zu den schweren Anzeichen.

Die zeitliche Entwicklung über die Jahre ist in nachfolgender Abbildung 1 dargestellt. Auffällig ist der Abfall der Vergiftungen zwischen 2004 und 2008. Dieser könnte durch einen vermehrten Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS, s. u.) erklärt werden.

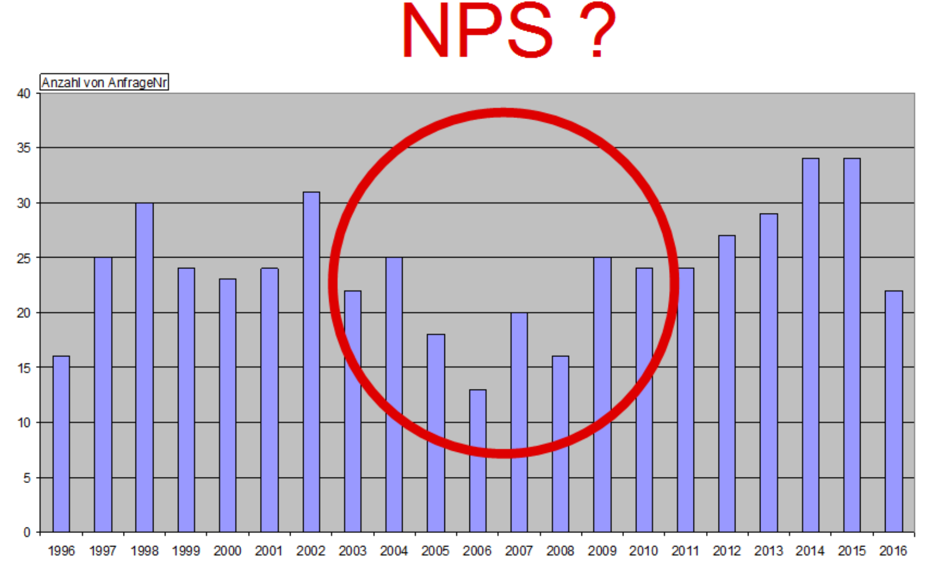


Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Cannabis-Intoxikationen des GIZ-Nord von 1996 bis 2016, n = 506.

Die Altersverteilung der Intoxikierten kann Abbildung 2 entnommen werden. Diese zeigt deutlich, dass der Großteil der Intoxikationen die Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen und der 20- bis 49-Jährigen betrifft. Bemerkenswert ist auch die nicht unerhebliche Anzahl der vergifteten Kinder: vier Kinder im Alter unter einem Jahr und 24 kleine Patienten im Alter von einem bis vier Jahre.

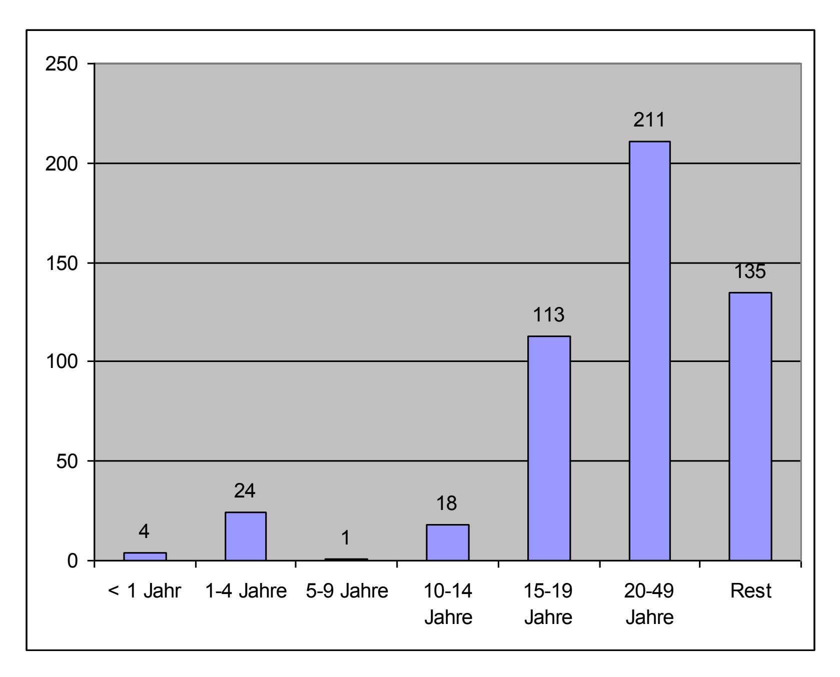


Abbildung 2: Altersverteilung der GIZ-Nord Cannabis-Intoxikationen, n = 506.

1. Schweregrade der 506 Cannabis-Monointoxikationen

Eine Übersicht der Schwere der Vergiftungen ist in Abbildung 3 dargestellt. Todesfälle waren nicht zu beklagen. Neun Vergiftungen (entsprechend 2 %) verliefen schwer, 61 waren mittelschwer (12 %) und 227 wurden als leicht eingestuft (45 %). Bei den schweren Vergiftungen standen Symptome des Nervensystems, z. B. komatöse Zustände oder des Herz-Kreislauf-Systems, wie extreme Blutdruckschwankungen oder Veränderungen der Herzfrequenz, im Vordergrund. Der Rest (207 Fälle, entsprechend 41 %) war entweder symptomlos oder wurde unzureichend dokumentiert.

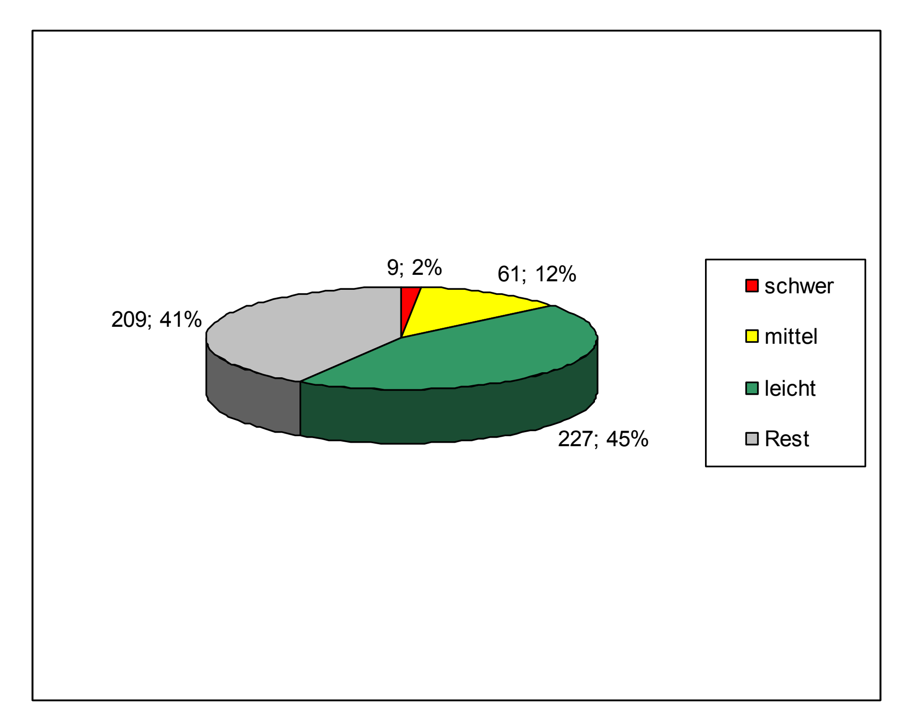


Abbildung 3: Schweregrad der GIZ-Nord Monointoxikationen mit Cannabis, n = 506.

2. Neun schwere Vergiftungen

Exemplarisch seien einige der schweren Intoxikationen etwas detaillierter beschrieben: Vier Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren entwickelten nach Cannabiskonsum mittelschwere Symptome. Es handelte sich sowohl um Symptome seitens des ZNS (Zentrales Nervensystem) oder des Herz-Kreislauf-Systems. Neben Angst bis Todesangst wurden Krampfanfälle, ein Kreislaufkollaps und eine Synkope (kurzfristiger Bewusstseinsverlust) beschrieben. In der Regel bildeten sich die Symptome innerhalb einiger Stunden zurück und nach dem Kenntnisstand des GIZ-Nord gab es keine langfristigen Folgeschäden.

3. Ein schwer vergiftetes Kind

Der Fall eines vergifteten Kleinkindes verlief besonders dramatisch. Im Oktober 2015 riefen zunächst die Eltern eines 1 Jahr und 5 Monate alten Jungen den Giftnotruf an. Die Situation stellte sich für die Beraterin des GIZ-Nord etwas dubios dar. Zumindest gab es den Verdacht, dass der Junge ein größeres Stück Haschisch verschluckt hatte. Es wurde die sofortige Einweisung in eine Kinderklinik empfohlen. Bei Aufnahme in der Kinderklinik war das Kind zunächst wenig auffällig, so

dass die ärztlichen Kollegen erneut den Giftnotruf kontaktierten. Empfohlen wurde die stationäre Überwachung des Kleinkindes. Im weiteren Verlauf entwickelte das Kind eine schwere ZNS-Symptomatik bis zum Koma. Das Blut des Kindes wurde toxikologisch analysiert und ergab einen der höchsten je gemessenen Werte der Cannabis-Inhaltstoffe. Das Kind wurde für einige Tage stationär überwacht und erholte sich zusehends. Es wurde symptomatisch therapiert; ein spezifisches Antidot für Cannabis existiert nicht. Nach einigen Tagen konnte das Kind entlassen werden. Es gab keine Hinweise auf Folgeschäden; allerdings wurde das Jugendamt eingeschaltet.

III. Diskussion unter besonderer Berücksichtigung eines Editorials aus Frankreich

Die zum Teil schweren oder gar sehr schweren bis fast lebensbedrohlichen Vergiftungen, die das GIZ-Nord dokumentiert und analysiert hat, belegen eindrucksvoll die Gefahr, die von einer akuten Cannabis-Intoxikation ausgehen kann. An dieser Stelle sollen auch einige Kernaussagen eines Editorials aus Frankreich[2] in die Diskussion einfließen. Der Artikel beschäftigt sich mit den Auswirkungen, die eine Legalisierung von Cannabis auf Frankreich hätte. Publiziert wurde dieser Artikel im gemeinsamen Organ der beiden wichtigsten französischen toxikologischen Gesellschaften der SFTA (Societé Française de Toxicologie Analytique) und der STC (Societé de Toxicologie Clinique). Das Organ heißt TOXAC (Toxicologie Analytique Clinique) und der Artikel wurde im September 2016 von einem renommierten Experten auf diesem Gebiet, Dr. Patrick Mura aus Poitiers, publiziert.

Die zu beantwortende Frage lautete: Welche Auswirkungen hätte eine Legalisierung von Cannabis für Frankreich? Bei allen Unterschieden zwischen Deutschland und Frankreich wären allerdings die Auswirkungen voraussichtlich vergleichbar. Die Kernaussagen des Artikels beruhen in großen Teilen auf den Erfahrungen aus den USA, insbesondere der Legalisierung von Cannabis im Bundesstaat Colorado. Seit der Legalisierung werden die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Folgen beobachtet und die erhobenen Daten in zahlreichen wissenschaftlichen Artikeln publiziert. Diese sind in sehr unterschiedlichen Disziplinen der klinischen Medizin lokalisiert, u.a. in der klinischen Pharmakologie, der klinischen Toxikologie, der Notfallmedizin und im Bereich Public Health.[3]

---

[2] *Mura*, Quels effets attendre d'une légalisation du cannabis en France?, Toxicologie Analytique et Clinique 28 (2016), 181-183.

[3] Vgl. z.B. *Persson/Sjöberg/Haines/Pronczuk de Garbino*, Poisoning Severity Score. Grading of Acute Poisoning, Clinical Toxicology (1998), 36(3), 205-213.

1. Kernaussagen des TOXAC-Artikels

Die Kernaussagen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Anzahl der Konsumenten von Cannabis steigt. Die Anzahl der Abhängigen steigt. Die Anzahl der Cannabis-Intoxikationen steigt. Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen steigt. Die Anzahl der Vergiftungen bei kleinen oder sehr kleinen Kindern steigt. Dies zeigt auch der eindrucksvolle Fall des schwer vergifteten Kleinkindes aus dem GIZ-Nord. Darüber hinaus findet sich ein Anstieg der Lungenschädigungen, da der Rauch von Cannabis mehr carcinogene Stoffe enthält als der Tabakrauch. Die bereits jetzt bestehenden negativen Auswirkungen auf den Straßenverkehr verstärken sich. Eine besondere Gefahr besteht für die jugendlichen Konsumenten: Cannabis kann zu einer Störung der Hirnentwicklung führen. Diese kann sich in Halluzinationen, in einem Delir oder gar einer akuten Schizophrenie manifestieren.

2. Neue psychoaktive Substanzen (NPS)

Wenngleich der Hauptfokus dieses Artikels Cannabis ist, so sollen doch wegen ihrer steigenden Relevanz im ähnlichen Konsumentenumfeld auch die neuen psychoaktiven Substanzen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Es handelt sich um Designerdrogen mit seit einigen Jahren ansteigenden Fallzahlen beim Konsum und auch bei den Intoxikationen. Den Beginn dieser Welle markiert der Verkauf der so genannten Kräutermischung „Spice". Diese neuen Drogen stellen ein zunehmend größeres Problem in der Klinischen Toxikologie dar. Ein lokales, vornehmlich auf das regionale Umfeld von Göttingen beschränktes Problem ist die neue Droge „Flex". Dabei handelt es sich chemisch um Methylendioxypyrovaleron (MDPV), was nach Aussagen der Göttinger Polizei zu großen Problemen geführt hat und deren Konsumenten offensichtlich häufig Opfer eines extrem schnellen physischen und psychischen Verfalls werden. Die NPS lassen sich grob in drei Gruppen unterscheiden:

1. synthetische Kathinone; Ursprung: Khat aus dem Jemen; quasi „das arabische Kokain des kleinen Mannes"
2. synthetische amphetaminähnliche Substanzen
3. synthetische Cannabinoide, also cannabis-ähnliche Stoffe

a) Zwei Fallberichte

Zur Verdeutlichung der Problematik seien zwei kurze Fallberichte dargestellt: Bei dem einen Fall handelt es sich um eine 19-Jährige Patientin, die sich nach Aufnahme der Gewürzmischung „Jamaican Spirit" in der Notaufnahme eines Krankenhauses vorstellte. Sie beklagte Myoklonien (unkontrollierbares Muskelzittern) und es bestand der Verdacht auf einen stattgehabten generalisierten Krampfanfall. Die toxikologische Analytik aus Blut und Urin der Patientin ergab den Nachweis der Substanz JWH-250; bei diesem Stoff handelt es sich um ein synthetisches Can-

nabinoid. Die Abkürzung JWH steht für John W. Huffman; dieser US-amerikanische Wissenschaftler hatte in einem Artikel die Bindungskonstanten verschiedener synthetischer Cannabinoide publiziert. Die ausführliche neurologische Diagnostik der Patientin ergab keine pathologischen Befunde und die junge Frau wurde nach vier Tagen beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen.

In einem anderen Fall war ein 23-jähriger junger Mann betroffen. Dieser hatte zwei Stunden vor Aufnahme im Krankenhaus die Gewürzmischung „Monkeys go banana" geraucht. Er stellte sich wegen Angst und Tachycardie (schneller Herzschlag) im Krankenhaus vor. In diesem Krankenhaus war eine toxikologische Analytik nicht möglich, doch Anamnese und Verlauf legten den Verdacht einer Intoxikation mit einer neuen psychoaktiven Substanz sehr nahe.

b) Diskussion NPS

Seit dem Nachweis synthetischer Cannabinoide wie z.B. der Substanz JWH-018 in der Kräutermischung „Spice" ist der Handel in vielen Ländern verboten. Mittlerweile existieren eine Vielzahl von Gewürzkräutermischungen, die psychoaktive Substanzen enthalten. Die teilweise harmlos klingenden und irreführenden Namen reichen von „Bonsaidünger" über „Spice" bis zu „Badesalz". Bei diesen Produkten handelt es sich keinesfalls um harmlose Dünger oder Badezusätze, sondern um gefährliche Drogen. Diese werden über das Internet oder in so genannten Headshops verkauft. Bezüglich dieser Substanzen kann man von einem Wettrennen zwischen den illegalen Anbietern und den staatlichen Überwachungsbehörden sprechen. Es ist ein Katz-und-Maus-Spiel: Kaum ist eine Substanz verboten, erscheint eine neue auf dem Drogenmarkt. Eine zentrale Rolle für diese Problematik kommt der oben bereits kurz erwähnten Publikation von John W. Huffman aus dem Jahre 2003 zu. In dieser Publikation werden die Bindungskonstanten verschiedener synthetischer Cannabinoide beschrieben. Nach Expertenmeinung ist es wohl chemisch einigermaßen versierten Naturwissenschaftlern problemlos möglich, diese Substanzen nachzukochen. Da mit diesen Stoffen keine wissenschaftlichen Studien wie etwa vor der Einführung neuer Medikamente durchgeführt werden, sind die Drogenkonsumenten quasi „Versuchskaninchen". Prinzipiell ist natürlich eine Vielzahl von Symptomen möglich. Wir wissen zum jetzigen Zeitpunkt einfach nicht, welche Anzeichen nach dem Konsum dieser Drogen auftreten können. Bei den beiden oben beschriebenen Patienten standen neurologische Symptome im Vordergrund, doch auch alle anderen Organsysteme könnten in Mitleidenschaft gezogen werden. Aus ersten Beobachtungsstudien wissen wir, dass Krampfanfälle nicht selten sind; darüber hinaus wurde relativ häufig eine Hypokaliämie (Erniedrigung des Kaliums im Blut) beobachtet. Dieses Merkmal sollte nicht unterschätzt werden, da es zu Herzrhythmusstörungen führen kann. Somit kann diese Thematik und Problematik mit dem Öffnen der „Büchse der Pandora" verglichen werden: Diese war, als ein Geschenk getarnt, die Rache von Zeus für den Feuerdiebstahl des Prometheus und das Öffnen brachte Plagen und Unheil über die Welt.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Analyse der Daten des GIZ-Nord, insbesondere vor dem Hintergrund des TOXAC-Artikels zu den Folgen einer Legalisierung von Cannabis für Frankreich, ein eher negatives Bild einer potentiellen Legalisierung für Deutschland beschreibt. Der Giftnotruf steht somit einer Legalisierung sehr kritisch gegenüber.

3. Teil: Cannabismissbrauch – die forensische Erkenntnis

Das Verhältnis von Cannabis und Kriminalität – Auswirkungen auf die Gesellschaft

Dr. med. Martin Heilmann/Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum

I. Angebot und Nachfrage von Cannabis in Deutschland[1]

Cannabis wird von einem Teil der Öffentlichkeit als harmlose Droge wahrgenommen und eine Entkriminalisierung der Konsumenten gefordert. Eine Cannabisindustrie übt in einem juristischen Graubereich über die vielen Internetangebote und die lokalen Head- and Growshops einen gewissen Legalisierungsdruck auf die Gesellschaft aus. Zwar ist eine Cannabistherapie mittlerweile in Deutschland in verschiedenen medizinischen Indikationen legalisiert, jedoch fordern politische Strömungen auch eine Freigabe von Cannabis zu reinen Konsumzwecken. Beispielhaft sei der Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag genannt.[2] Andere Gesellschaften (z.B. die Niederlande oder der US-Bundesstaat Colorado) praktizieren bereits eine, wenn auch regulierte, aber konsumentenfreundliche Cannabispolitik, was einen gewissen politischen Handlungsdruck in Deutschland ausübt.

Das Alleinstellungsmerkmal für Cannabis schlechthin ist seine hohe Verfügbarkeit. Cannabis ist die „most widely cultivated, produced, trafficked and con-

[1] Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf natürliches Cannabis (herbal cannabis), also Haschisch, Marihuana und Cannabisöl, und klammern die synthetischen Cannabinoide, deren Legalisierung nicht zur Diskussion steht, bewusst aus.

[2] BT-Drucks. 18/4204.

sumed drug worldwide".[3] Sie ist auch in Deutschland gut verfügbar, da durch die internationale Vernetzung von organisierter Kriminalität Cannabisprodukte leicht im Schengen-Raum hergestellt und transportiert oder in den Schengen-Raum hineingeschmuggelt werden können. Darüber hinaus ist es auch möglich, Cannabis in Deutschland mit einfachen Mitteln anzubauen. Viele Internetangebote und auch die lokalen Head- and Growshops versorgen den ambitionierten Cannabiskonsumenten mit diversen Utensilien wie Samen verschiedenster Cannabiszüchtungen, Spezialdünger, Minigewächshäusern, Beleuchtungsanlagen etc.

Als Beispiel für die Verfügbarkeit von Cannabissamen folgend ein Ausschnitt aus einem Internetangebot für die Cannabis-Züchtung „AutoColorado Cookies":

Cannabis – Drogenanbau für den Hausgebrauch
Head- and Growshops

Geschmack und Wirkung
Der Geschmack von AutoColorado Cookies ist fruchtig. Ein süßer tropischer Mango-Geschmack führt den Oberton. Erwarten Sie ein starkes stoned, aber auch euphorisches Gefühl. Indica-Fans werden sich über diese Sorte mit fruchtigen Aromen und entspannenden Wirkungen freuen.
Ertrag und Ernte
Die Dutch Passion Samen sind bekannt für ihren hohen Ertrag, und AutoColorado Cookies sind keine Ausnahme. Der Ertrag ist überdurchschnittlich, und das Züchten aus Samen bis zur Ernte dauert im Durchschnitt ± 11 Wochen.

Merkmale AutoColorado Cookies:
- Genetik: AutoBlueberry/Girl Scout Cookie
- Indica/Sativa: Indica-dominant
- Standort: Anbau drinnen, im Freien und im Gewächshaus
- Indoor-Blütezeit: etwa 8–9 Wochen
- Blütezeit außen: Mitte Oktober (nördliche Hemisphäre)
- Ertrag: 300 - 400 Gramm pro Pflanze (bei idealen Anbaubedingungen)
- Höhe: 1 m +
- Samen: 3 feminisierte Autoflower-Samen
- Geschmack: fruchtig, Mango mit Beeren
- THC: 15-20%
- CBD: Unbekannt ← Cannabidiol-Anteil sinkt?
- Autoflower: Ja

Beschränkungen der Mengen wegen der Umsetzung des niederländischen Growshop-Gesetzes
Dieses Produkt ist ausschließlich für Sammler bestimmt. Wenn wir den Verdacht haben, dass die Zielsetzung einer illegalen Nutzung unserer Produkte besteht, werden wir den Kauf verweigern. Wir verkaufen nur für den privaten Gebrauch, Einkäufe für groß angelegten oder professionellen Anbau werden geweigert. Wir verkaufen eine maximale Anzahl von Packungen pro Kunde. Es ist nicht erlaubt, in kürzerer Zeit mehrere Hanfsamen-Einkäufe zu tätigen.



Abbildung 1: Internetangebot für den Samen der Cannabiszüchtung AutoColorado Cookies (www.dutch-headshop.com)

Wie bei einem guten Wein wird ein „fruchtiges" Aroma beschrieben und seitens der Wirkung „ein starkes stoned" und „euphorisches Gefühl" versprochen. Der THC-Gehalt wird mit 15 bis 20 % bei unbekanntem Cannabidiol-Anteil angegeben. Gleichzeitig wird der Samen formaljuristisch korrekt nur für „Sammler" angeboten.

Doch wie sind die gesellschaftlichen Folgen der Legalisierung von Cannabis aus forensisch-psychiatrischer Sicht zu werten?

[3] UNOCD, World Drug Report 2016, S. 43, abrufbar unter: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf [Zugriff am 22.03.2017].

II. Cannabis – Intoxikation und unerwünschte Wirkungen

Die Wirkung einer Droge ist von forensisch-psychiatrischer Relevanz und stets abhängig von:

- dem set, der inneren Gestimmtheit, und
- dem setting, also der Konsumatmosphäre,

aber auch

- von der Droge als solcher (Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, Applikationsform, Dosis).

Die Wirkung von Cannabis ist auch altersbezogen. Bei Heranwachsenden wirkt sich regelmäßiger Cannabiskonsum negativ auf die sog. Exekutivleistungen aus,[4] also auf:

- Impulskontrolle
- Affektregulation
- Aufmerksamkeitsregulation
- Gedächtnisbildung
- Motivation
- Bildung sozialer und organisatorischer Kompetenzen

Zusätzlich können unter Cannabiskonsum im Jugendalter Entwicklungsverzögerungen auftreten. Darüber hinaus gibt es folgende Wirkungen:[5]

- milde negative Auswirkungen auf das Lernen und Gedächtnis bei Konsumenten[6]
- negative Auswirkungen auf spätere Intelligenz, wenn regelmäßig konsumiert[7]
- erhöhtes Risiko, die Schule vorzeitig zu verlassen oder niedriger Bildungsstand, wenn mit dem Konsum früh begonnen wurde
- 50 bis 90% der abhängigen Konsumenten haben komorbide psychische oder suchtbezogene Störungen
- evtl. positiver Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und bipolarer Störung

---

[4] *Bonnet/Specka/Scherbaum*, Häufiger Konsum von nichtmedizinischem Cannabis. Gesundheitliche Folgen und Wirkung der Entzugsbehandlung, Deutsche Medizinische Wochenschrift (2016), 141: 126-131.

[5] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.*, Risks Associated With the Non-Medicinal Use of Cannabis, Deutsches Ärzteblatt International (2015), 112: 271-8.

[6] Siehe auch: *Grant/Gonzalez et al.,* Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study, Journal of the International Neuropsychological Society (2003), 9: 679-89.

[7] Siehe auch: *Meier/Caspi et al.,* Persistent cannabis users show neuropsychological decline from Childhood to midlife. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), 2012, E2657-2664.

- signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für Angststörung unter Cannabiskonsumenten
- früher, regelmäßiger, überdauernder und Hochdosiskonsum sowie weitere Stressoren geht mit erhöhter Wahrscheinlichkeit, eine psychotische Störung zu entwickeln, einher. In einer Metaanalyse wird das Risiko, unter Cannabiskonsum an einer Psychose zu erkranken mit einem OR von 2,09 angegeben

Tabelle 1: Cannabisfolgeschäden[8]

Psychische Begleiterkrankungen des chronischen Cannabiskonsums
• Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen • Störungen des Sozialverhaltens (Jugendliche) • Anpassungsstörungen (mit sozialer, depressiver oder ängstlicher Reaktion) • Mehrfachabhängigkeiten • ADHS • Angststörungen • affektive Störungen (v.a. bipolare) • schizophrene und Schizoaffektive Störungen

Bei den Cannabis-Folgeschäden sind insbesondere komplizierte Räusche, also Intoxikationspsychosen sowie bei einem chronischen Konsum Cannabispsychose, -manie und -halluzinose forensisch-psychiatrisch von Interesse. Sie sind die ursächlichen Faktoren für schwerwiegende forensisch-psychiatrisch relevante Taten im Rahmen eines Cannabiskonsums. Aber auch die komorbiden psychischen Störungen weisen derlei forensisch relevante Erkrankungen auf.

[8] *Bonnet/Scherbaum*, Cannabisbezogene Störungen. Teil II: Psychiatrische und somatische Folgestörungen und Komorbiditäten, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie (2010), 78: 360-370.

Tabelle 2: Psychische komorbide Störungen bei chronischem Cannabiskonsum[9]

Folgeschäden des akuten Konsums	Folgeschäden des regelmäßigen bis chronischen Konsums
unkomplizierte Intoxikation	Entzugssyndrom
komplizierte Intoxikation: • Panikattacke • Intoxikationspsychose • Intoxikationsdelirium (Verwirrtheit, Amnesie, Halluzinationen)	Cannabispsychose
	Cannabishalluzinose
	Cannabismanie
	kognitive Störungen
	amotivationales Syndrom
	Flashbacks
	soziale Entwicklungs- und Anpassungsstörungen

Hierbei sind z.B. Persönlichkeitsvarianten, Mehrfachabhängigkeiten, schizophrene oder schizoaffektive Störungen zu nennen. Das Risiko, unter einem starken Cannabiskonsum an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, verdoppelt sich im Vergleich zur „Normalbevölkerung“[10].

Delta-9-THC, der Hauptwirkstoff, wirkt propsychotisch, und Cannabidiol antipsychotisch.[11] Die neuen Cannabis-Züchtungen weisen eine steigende psychotrope Potenz mit hohen THC- (20 bis 40%) bei niedrigen Cannabidiol-Anteilen auf. Dies soll zu mehr psychotischen Folgestörungen führen.[12]

Die Wirkung von Tetrahydrocannabinol unterliegt einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Für einen leichten Cannabis-Rausch benötigt man nach Geschwinde 2 bis 5 mg und für einen mittleren Cannabis-Rausch (Veränderung von Körpergefühl und Wahrnehmung) zwischen 15 bis 20mg THC bei inhalativem Konsum. Höhere inhalative Konsummengen ab 40mg THC können zu psychotischen Phänomenen und dysphorischen Zuständen führen. Abweichende Grenz-

[9] *Bonnet/Scherbaum* (Fn. 8).

[10] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.* (Fn. 5).

[11] *Niesink/van Laar*, Does cannabidiol protect against adverse psychological effects on THC?, Frontiers in Psychiatry (2013), 1-8.

[12] *Niesink/van Laar* (Fn. 11).

werte werden von der Bundesanstalt für Straßenwesen angegeben [13] Es ist zu beachten, dass unterschiedliche Angaben zu den Dosis-Wirkungsbeziehungen eine Vielzahl von Ursachen haben können (interindividuelle Unterschiede in der Drogenempfindlichtkeit, Unterschiede im Set und Setting…). Die Dosis-Wirkungsbeziehung hat auch forensisch-psychiatrische Relevanz. Der intoxikierte Cannabiskonsument ist in der Regel, aber nicht generell „relaxt“ und „chillig“!

Tabelle 3: THC-Dosis-Wirkungs-Beziehung bei subjektiver Rauschwirkung (Bundesanstalt für Straßenwesen, 1999).

THC-Menge (mg) absolut	ca. THC-Menge (µg) pro kg Körpergewicht	subjektive Rauschwirkung
2	30	Schwellendosis für milde Euphorie
7	100	Wahrnehmungs- und Zeitstörungen
15	200	Verkennungen, Halluzinationen, Veränderungen im Körpergefühl, sensorische Störungen, ungewöhnliche Assoziationen
20	300	dysphorische Zustände, unangenehme Begleiterscheinungen

[13] *Bundesanstalt für Straßenwesen*, Drogen. Cannabiskonsum und Autofahren. Bei gelegentlichem Drogengebrauch muss die Fahreignung in der Regel im Einzelfall geprüft werden, Deutsches Ärzteblatt (1996), Heft 14 (33), 32-33; *Geschwinde*, Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen, 2013, S. 37-38.

III. Epidemiologie - Cannabiskonsum in Deutschland

Ca. 612.000 Deutsche in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren sollen 2015 einen klinisch relevanten Gebrauch von Cannabis betrieben haben. Das sind immerhin ca. 1,2 % der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren.[14] Im Vergleich zu 2012 sind diese Zahlen relativ stabil.[15]

Tabelle 4: Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM IV für die Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren in den letzten 12 Monaten in 2012 in Deutschland.[16]

		Gesamt	Männer	Frauen	Altersgruppen						
					18-20 Jahre	21-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-64 Jahre
Cannabis	Missbr.	0,5	0,8	0,2	1,5	2,3	0,6	0,6	0,4	0,0	0,0
	Abh.	0,5	0,8	0,2	1,3	1,4	2,3	0,3	0,1	0,2	0,0
Kokain	Missbr.	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Abh.	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,3	0,1	0,1	0,0
Amphe-tamine	Missbr.	0,2	0,3	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0
	Abh.	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nun befinden wir uns aber in einem sich zur Einigung mehr oder weniger bereiten Europa, will heißen, die Grenzen sind im Regelfall im Rahmen des Schengen-Abkommens offen. Europaweit liegen die Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums im Jahre 2016 um 24,8 % (23,3 % in 2015) bei den 15- bis 64-Jährigen, in Deutschland bei 23,1 % im Datenjahr 2012, in den Niederlanden bei 24,1 % im Datenjahr 2014 und in Frankreich sogar bei 40,9 % im Datenjahr 2014.[17] Dagegen nehmen sich die Prävalenzraten für den europaweiten Konsum von den sogenannten harten Drogen – wie Tabelle 5 zeigt – bei den 15- bis 64-jährigen Europäern gering aus.[18] Wir haben also mit Cannabis auch ein europaweites Problem. Ein einheitlicher Regelungsbedarf besteht somit auch für die EU!

---

[14] *Gomes de Matos/Atzendorf/Kraus/Piontek*, Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015, Sucht (2016), 62 (5), 271-281.

[15] *Pabst/Kraus/Gomes de Matos/Piontek*, Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen im Jahr 2012, Sucht (2013), 59, 321-331.

[16] *Pabst/Kraus/Gomes de Matos/Piontek* (Fn. 15); Datenaufbereitung durch den Fachverband Sucht e.V.

[17] *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht*, Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2015, S. 77, abrufbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_DE_TDAT15001DEN.pdf; Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2016, S. 79, abrufbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001DEN.pdf [Zugriff jeweils am 22.03.2017].

[18] *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht*, 2015 (Fn. 17).

Tabelle 5: Prävalenzraten für verschiedene Drogen – europaweit 2013 (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2015, Datenaufbereitung durch den Fachverband Sucht e.V.).

	Lebenszeit	Letztes Jahr		Behandlungsaufnahme
	15-64 Jahre	15-64 Jahre	15-34 Jahre	
1. Cannabis				
Europa	23,3% (78,9 Mio.)	5,3% (18,1 Mio.)	11,7%	29,4 %
Deutschland	23,1%		11,1%	36,3%
Frankreich	40,9%		22,1%	44,1%
Niederlande	25,7%		13,7%	47,8%
Portugal	9,4%		5,1%	26,8%
Spanien	30,4%		17,0%	29,9%
2. Kokain				
Europa	4,6% (15,6 Mio.)	1,0% (3,4 Mio.)	1,7%	13,5%
Deutschland	3,4%		1,6%	
3. Amphetamine				
Europa	3,5% (12,0 Mio.)	0,5% (1,6 Mio.)	1,0%	6,7%
Deutschland	3,1%		1,8%	
4. Ecstasy				
Europa	3,6% (12,3 Mio.)	0,6% (2,1 Mio.)	1,4%	0,3%
Deutschland	2,7%		0,9%	
5. Opioide				
Europa	1,3 Mio. problematische Opiatkonsumenten Hauptdroge bei ca. 41% aller Drogentherapienachfragen 700.000 erhielten 2013 eine Substitutionstherapie			

Der durchschnittliche ambulante (also behandlungswillige) deutsche Cannabiskonsument ist in den Datenjahren 2011, 2013 und 2014 bei Erstkonsum 15,3 Jahre alt, männlich, alleinstehend. Ein Drittel der Konsumenten ist arbeitslos und etwa ein weiteres Drittel besteht aus Schülern oder in Ausbildung Befindliche.[19] Dadurch unterscheiden sich die Cannabiskonsumenten als Gruppe nach der Deutschen Suchthilfestatistik von der Gruppe der Konsumenten von Opioiden, Kokain und Stimulanzien in Deutschland. Bei einer etwaigen Legalisierung von Cannabis wäre

[19] *Pfeiffer-Gerschel/Kipke/Flöter et al.,* Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011, S. 119; *dies.*, Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012, S. 118; *dies.*, Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. DEUTSCHLAND. Drogensituation 2012/2013, S. 106; *Pfeiffer-Gerschel/Jakob/Stumpf et al.*, Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. DEUTSCHLAND. Drogensituation 2013/2014, S. 109; *Rummel/Pfeiffer-Gerschel/Jakob* et al., DEUTSCHLAND Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Behandlung. Workbook Treatment; *Brand/Künzel et al.,* Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg, Sucht (2016), 62 (1): 9-21.

somit der Jugendschutz ein zentrales Thema. Ein illegaler Cannabis-Markt wird sicherlich bestehen bleiben, wenn das Mindestalter zum Cannabiserwerb mit 18 Jahren festgelegt wird.

IV. Cannabis und Kriminalität

Nach klinischer Empirie können die cannabiskonsumierenden Personen wie folgt (in „Tätertypen“) eingeteilt werden:

1. Gelegenheitskonsumenten. Bei ihnen sind allenfalls Verstöße gegen das BtMG wahrscheinlich. Oft jedoch bleiben deren Vergehen ungeahndet.
2. Cannabiskonsumenten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch. Ein Gramm Cannabis kostet in Deutschland etwa 11 € . Das heißt, dass ca. 350 € monatlich bei einem täglichen Konsum von „nur“ 1 Gramm vom Konsumenten benötigt werden, was einen hohen Beschaffungsdruck erzeugt, müssen doch noch andere Lebensbedürfnisse finanziert werden. Die Geldakquise gelingt häufig nur noch auf illegalem Wege.
3. Ambitionierte cannabiskonsumierende Kleinhändler. Bei ihnen führen die Kosten des eigenen Cannabiskonsums zur Notwendigkeit, in den Handel oder dem Anbau mit der Droge einzusteigen.
4. Händler in der organisierten Kriminalität entwickeln sich aus dem Personenkreis unter 3. und „expandieren“.
5. Konsumenten mit delinquentem Lebensstil. Bei ihnen ist der Cannabiskonsum ein Ausdruck des delinquenten Lebensstiles an sich. Sie sind polytrop (mit Delikten aus verschiedenen Bereichen) delinquent.
6. Täter mit erheblichen Delikten unter Cannabisfolgeerkrankungen wie Psychosen. Aus ihnen rekrutieren sich Patienten des Maßregelvollzuges gem. §§ 63 und 64 StGB.

Der Drogen-Kriminalitätszusammenhang ist nach einer Graphik von Kreuzer (2009) generell eher indirekter Natur und nicht ein einfaches Wirkungsgefüge in dem Sinne: kriminell, da cannabisabhängig (Primärdrogenabhängige) oder cannabisabhängig, weil kriminell (Sekundärdrogenabhängige). Das bedeutet für die Wissenschaft, dass Confounder vielfältig sind und Kausalketten in Betrachtungen mit einbezogen werden müssen. Zielgruppen für frühzeitige therapeutische Interventionen sind somit schwerlich statistisch zu charakterisieren.

Die amtlichen Statistiken tragen dieser Tatsache jedoch keine Rechnung. Auch weisen amtliche Statistiken lediglich die registrierte Kriminalität (Hellfeld-Kriminalität) aus. Die Dunkelfeldkriminalität dagegen ist kaum abschätzbar.

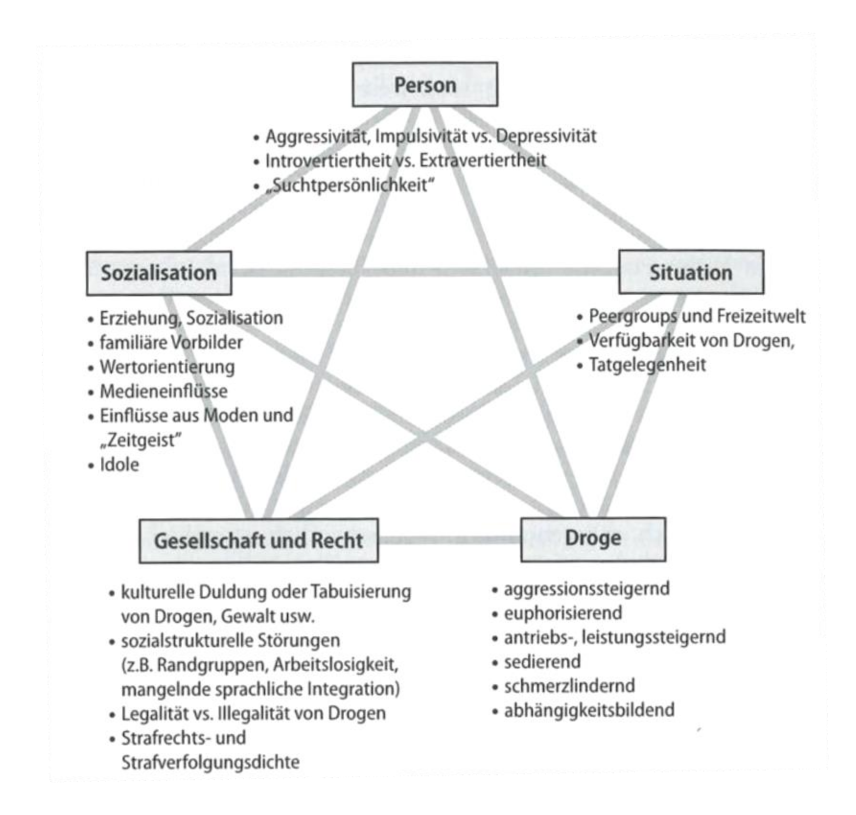


Abbildung 2: Komplexer Zusammenhang von Drogenkonsum und Kriminalität nach Kreuzer[20]

Wir führten in der Essener Cannabisambulanz eine Studie an 174 männlichen Cannabisabhängigen durch (Studiendesign: vergleichende 3-armige Studie, Cannabis – versus Heroin – versus Alkoholarm, Probanden altersgematcht). Von diesen 174 Probanden wiesen 78 Einträge im Bundeszentralregister (BZR) auf. Sowohl die Anzahl von Personen mit Einträgen im BZR als auch deren kumulative Deliktzahlen stiegen im Verlaufe von 3 Jahren vor Behandlungsbeginn an. Möglicherweise ist diese Entwicklung auch ein Grund dafür, eine Behandlung aufzunehmen.

[20] *Kreuzer*, Kriminologische Grundlagen der Drogendelinquenz, in Kröber/Dölling/Leygraf/Sass (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie, Band 4, Kriminologie und Forensische Psychiatrie, 2009, S. 502.

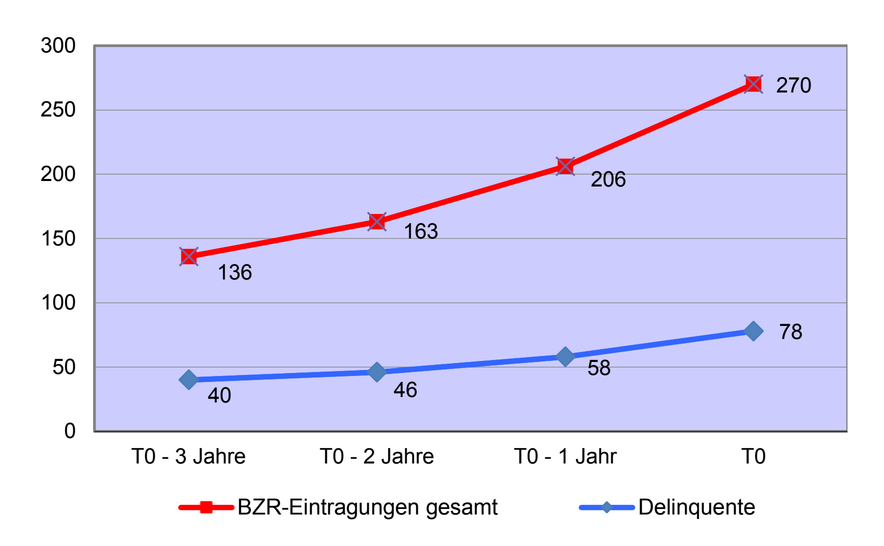


Abbildung 3: Anzahl Delinquenter und kumulative BZR-Einträge unter 174 Patienten der Essener Cannabis-Ambulanz in der Zeit von 3 Jahren vor bis zum Behandlungsbeginn T0.

Im Verlauf von 3 Jahren vor Behandlungsantritt steigt bei den untersuchten Probanden die kumulative Zahl von StGB- und BtMG-Delikten im kriminologischen Hellfeld. Auffälligerweise dominieren StGB-Delikte die Delinquenz der Cannabiskonsumenten. Unter den BtMG-Delikten spielen einfache Verstöße gegen den § 29 Abs. 1 BtMG die Hauptrolle.

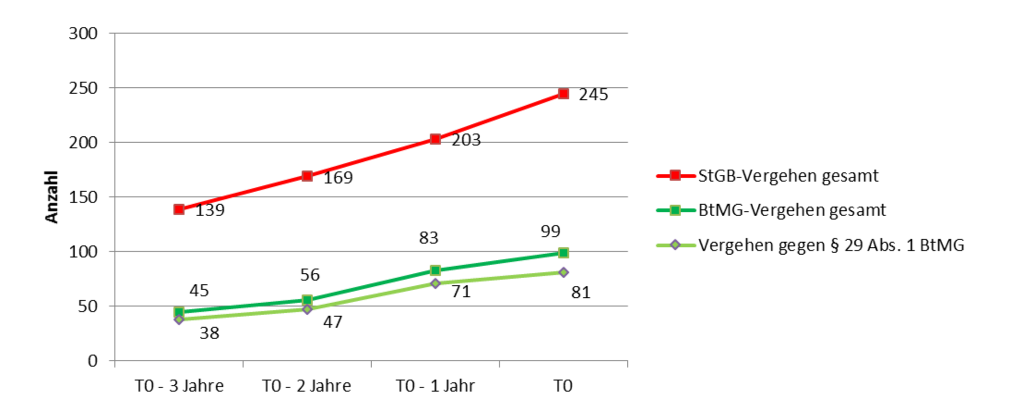


Abbildung 4: Kumulative StGB- und BtMG-Erkenntnisse anhand von BZR-Einträgen der Probanden der Essener Cannabis-Ambulanz in der Zeit von 3 Jahren vor bis zum Behandlungsbeginn T0.

Unter den StGB-Delikten waren die mutmaßlichen Beschaffungsdelikte wie Diebstähle sowie Vermögens- und Fälschungsdelikte anteilig führend. Aber es fanden sich auch Rohheitsdelikte und Delikte gegen die persönliche Freiheit bei immerhin 25 von 78 Probanden.

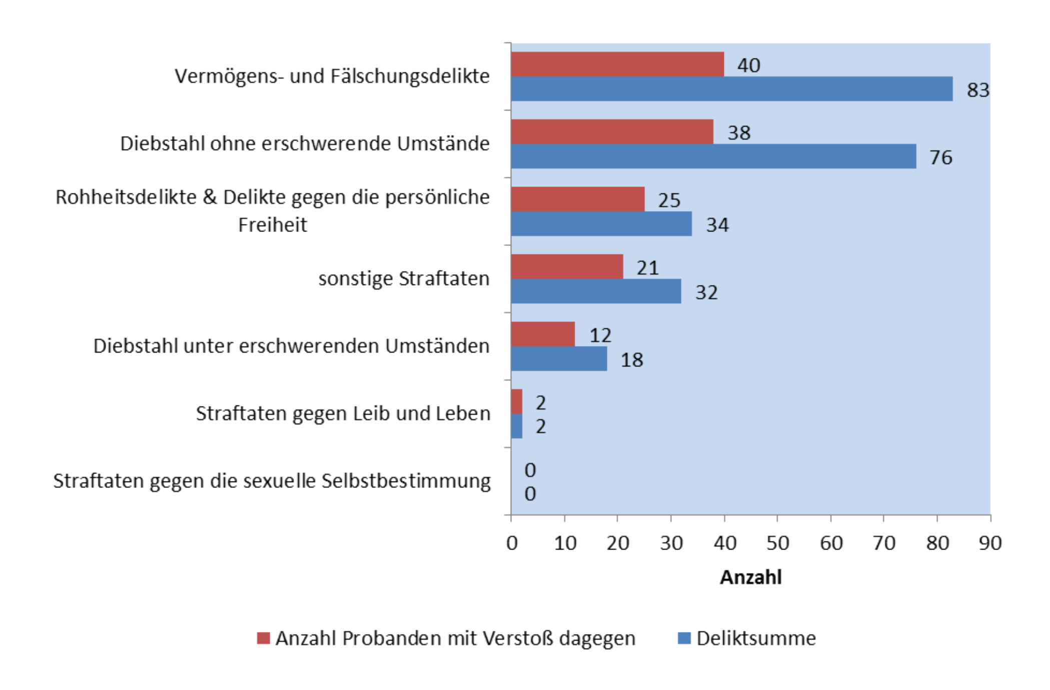


Abbildung 5: Kumulative StGB-Erkenntnisse anhand von BZR-Einträgen der Probanden der Essener Cannabis-Ambulanz zum Behandlungsbeginn T0.

Eine norwegische Studie[21] zeigt zunächst ohne Berücksichtigung von Confoundern den statistisch signifikanten Zusammenhang von Cannabiskonsum und Verurteilungen aufgrund verschiedener Kriminalitätskonstellationen wie jegliche Kriminalität, Drogenkriminalität und vor allem auch Non-Drogenkriminalität im Alter von 20 bis 27 Jahren.

---

[21] *Pedersen/Skardhamar*, Cannabis and crime: findings from a longitudinal study, Addiction (2009) 105, 109-118.

Tabelle 6: Drogenkriminalität und Non-Drogenkriminalität im Alter von 20 bis 27 Jahren in der norwegischen Studie von Pedersen et al., 2009.[22]

	Frequency of cannabis use last 12 months at age 20								
	Never		*1–10 times*		*11+ times*				
Charges	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	χ^2	*df*	*P*
Any crime charge aged 20–27 years	20	1.8	12	7.8	16	26.2	110.6	(2)	<0.001
Drug-specific charge aged 20–27 years	8	0.7	5	3.3	14	23.0	148.0	(2)	<0.001
Non-drug-specific charge aged 20–27 years	16	1.4	9	5.9	8	13.1	41.2	(2)	<0.001

Eine Studie von Chabrol[23] an 312 Schülern in Toulouse/Frankreich ergab, dass beim Herausrechnen der Confounder wie Alkoholmissbrauch, psychopathische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung und depressiven Symptomen die Schwächung des Prädiktorenwertes von Cannbiskonsum hinsichtlich späterer Kriminalität erfolgt. Ein einfacher Kausalzusammenhang in dem Sinne „kriminell aufgrund eines Cannabiskonsumes" wird damit in dieser Studie ausgeschlossen.

In Deutschland bestimmen anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik 2015 die Cannabisdelikte mit 168.724 von 273.886 Rauschgiftdelikten die Rauschgiftkriminalität. Cannabisdelikte machen 2015 auch die Mehrheit der Drogendelikte europaweit aus und zwar 782.000 Straftaten im Zusammenhang mit Konsum und Besitz von und 116.000 Straftaten im Zusammenhang mit dem Handel mit Cannabis.

Tabelle 7: Drogendelikte nach der PKS des BKA 2015.

Drogenarten	**erfasste Fälle**		**Veränderung**		**Verteilung in %**	
	2015	**2014**	**absolut**	**in %**	**2015**	**2014**
Drogen insgesamt	273.886	268.148	5.738	2,1	100,0	100,0
Heroin	11.302	12.044	-742	-6,2	4,1	4,5
Kokain incl. Crack	14.159	14.978	-819	-5,5	5,2	5,6
LSD	519	479	40	8,4	0,2	0,2
Amphetamin und seine Derivate (einschl. Ecstasy)	42.295	40.405	1.890	4,7	15,4	15,1

[22] *Pedersen/Skardhamar* (Fn. 21).

[23] *Chabrol/Saint-Martin*, Cannabis use and delinquent behaviors in high school students, Addictive Behaviors (2009) 34, 187-189.

Methamphetamin	14.920	14.792	128	0,9	5,4	5,5
Cannabis und Zubereitungen	168.724	165.904	2.820	1,7	61,6	61,9
Sonstige Betäubungsmittel	21.967	19.546	2.421	12,4	8,0	7,3

Sicherstellungen von Cannabisprodukten dominieren in Deutschland die Drogensicherstellungen, ohne auffällige Versorgungsengpässe zu schaffen, was wiederum zeigt, dass Cannabisprodukte hierzulande hochgradig verfügbar sind.

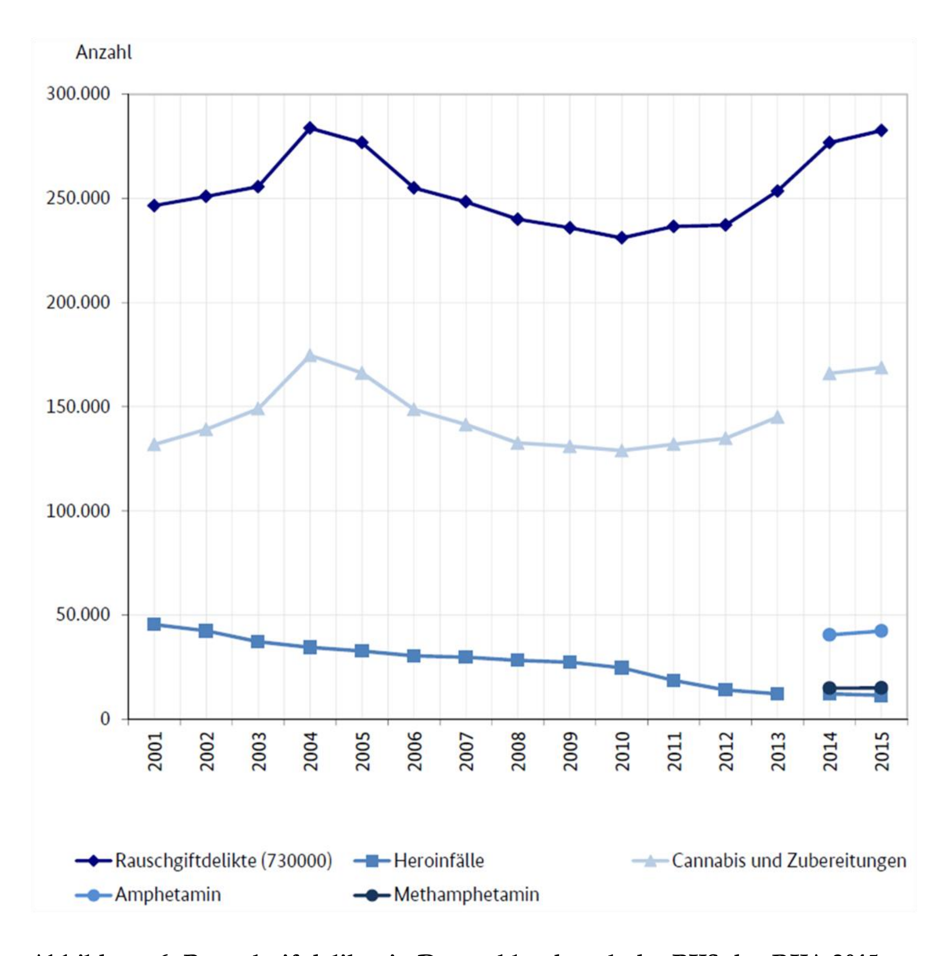


Abbildung 6: Rauschgiftdelikte in Deutschland nach der PKS des BKA 2015.

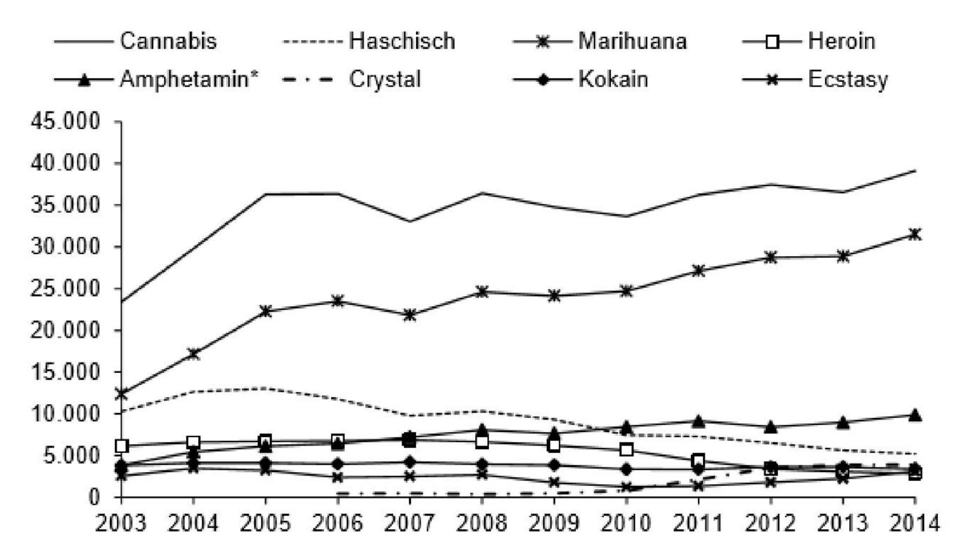


Abbildung 7: Sicherstellungen von Drogen 2015[24]

In Anbetracht der klinischen Erfahrungen stellt sich häufig die Frage, wie es sich mit Gewalt unter Cannabiskonsum verhält. Diese Diskussion wird kontrovers geführt. Eine aktuelle Arbeit von *Schoeler et al.*[25] untersucht eine Stichprobe der Cambridge Study in Delinquent Development (läuft seit 1982). Es wurden 335 männliche Probanden zu verschiedenen Lebenszeitpunkten nach Cannabiskonsum befragt, um dies sodann mit den juristischen Erkenntnissen im kriminologischen Hellfeld zu vergleichen. Bei Probanden, die zu 3 Befragungspunkten Cannabiskonsum angeben, sieht man deutlich mehr sog. Violent Convictions (wegen Raub, Bedrohung, Tätlichkeit, Waffenbesitz) als bei Konsumenten mit weniger positiven Zeitpunkten. Fortgesetzter Cannabiskonsum war der stärkster Prädiktor für VC [violent crime (im Hellfeld) mit OR=7,08, 95% CI 2,19 bis 23,59].

---

[24] *Pfeiffer-Gerschel/Jakob et al.,* Deutschland. Bericht 2015 des nationalen Reitox-Knotenpunktes an die EBDD. Drogenmärkte und Kriminalität, 2015, S. 19.

[25] *Schoeler/Theobald et al.*, Continuity of cannabis use and violent offending over the life course, Psychological Medicine (2016), 46, 1666-1677.

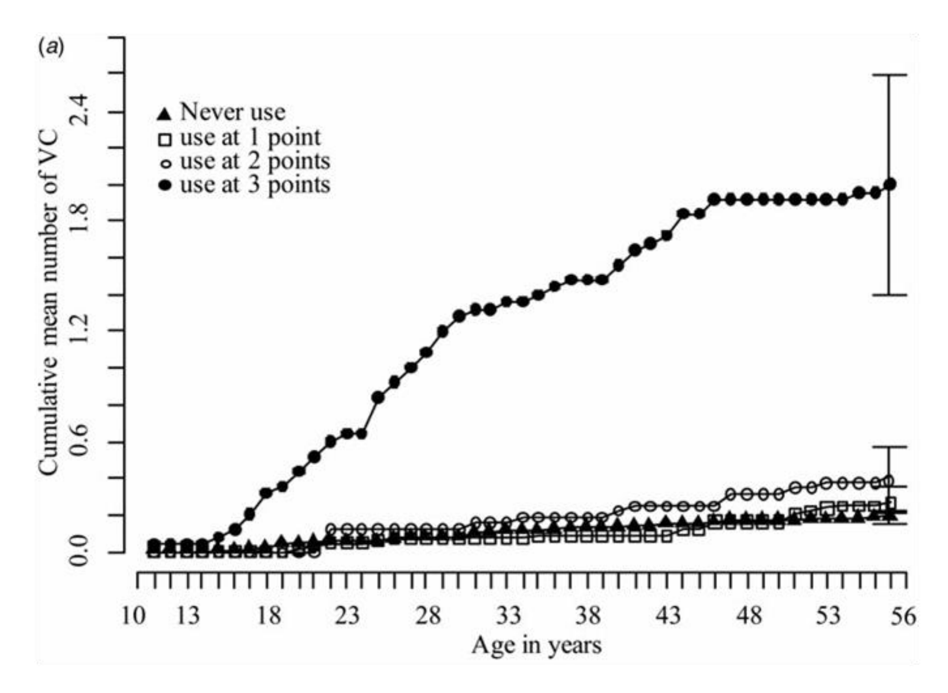


Abbildung 8: Violent Convictions (wegen Raub, Bedrohung, Tätlichkeit, Waffenbesitz) bei Cannabiskonsumenten mit Cannabiskonsum zu verschiedenen Befragungszeitpunkten.[26]

Bei der gleichen Klientel wurde dann noch eine Befragung zur self reported- (also Dunkelfeld-) Gewaltkriminalität durchgeführt, die prinzipiell die Ergebnisse der Hellfeld-Untersuchung bestätigte. Fortgesetzter Cannabiskonsum war stärkster Prädiktor für SR-V (Dunkelfeldgewaltdelinquenz) mit OR=8,34, 95% CI 2,37 - 46,21.

[26] *Schoeler/Theobald et al.* (Fn. 25).

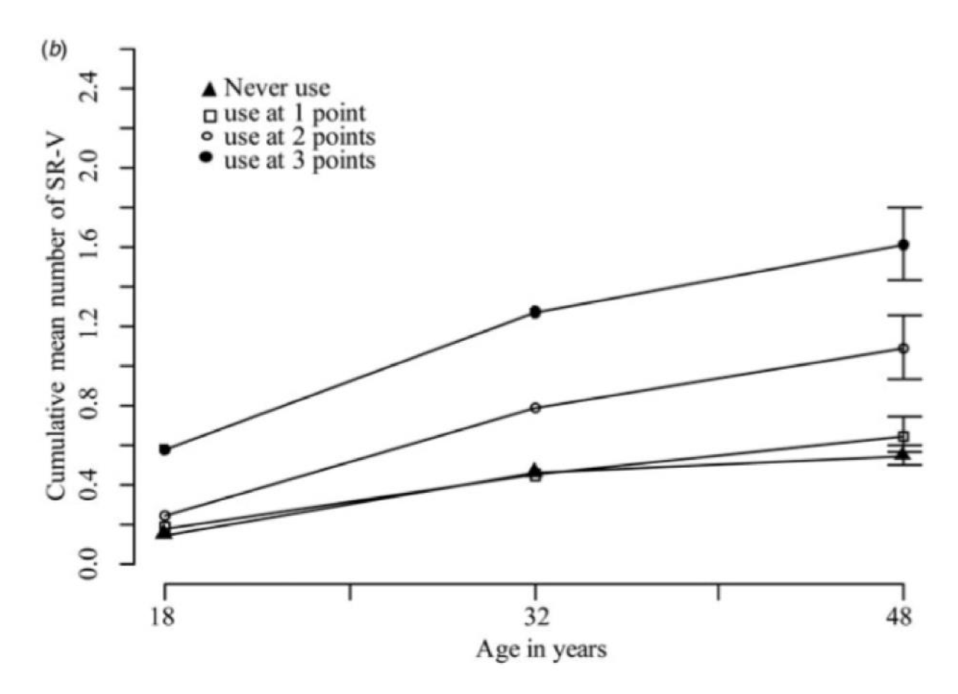


Abbildung 9: Self-reported Violence (wegen Raub, Bedrohung, Tätlichkeit, Waffenbesitz) bei Cannabiskonsumenten mit Cannabiskonsum zu verschiedenen Befragungszeitpunkten.[27]

Verkehrsmedizinisch zeigte die DRUID-Studie[28] in einem eindrücklichen Diagramm, in dem das Verletzungsrisiko gegen die Prävalenz des Substanzkonsums unter Autofahrern aufgetragen wurde, dass Cannabiskonsum die höchste Prävalenz unter den illegalen Drogen bei einem geringen Unfallverletzungsrisiko aufweist. Dies könnte an der tendenziell eher defensiven Fahrweise unter Cannabiseinfluss verglichen mit einer solchen unter beispielsweise Kokain liegen.

[27] *Schoeler/Theobald et al.* (Fn. 25).

[28] *Hargutt/Krüger/Knoche*, 6th Framework Programme Deliverable (1.3.1) Driving under the influence of alcohol, illicit drugs and medicines. Risk estimations from different methodological approaches, 2011, S. 116, abrufbar unter http://www.bast.de/EN/Traffic_Safety/Subjects/druid/Deliverable_1_3_1.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 22.03.2017].

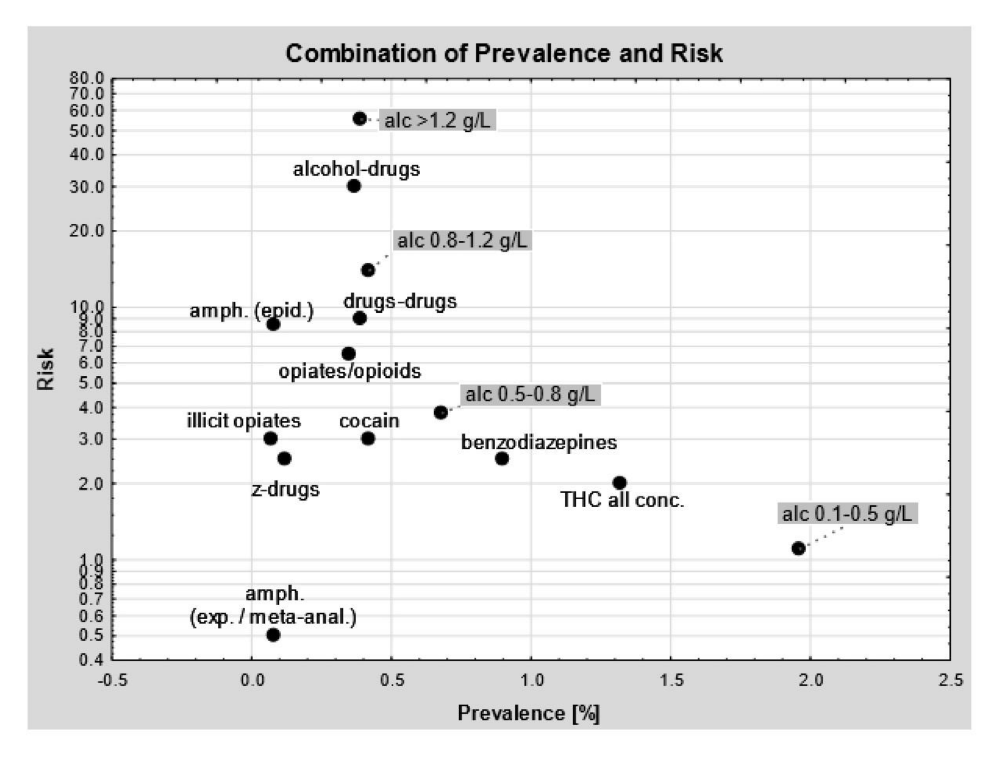


Abbildung 10: Verletzungsrisiko im Kraftverkehr aufgetragen gegen die Prävalenz bei verschiedenen Drogenkonsumkonstellationen unter Kraftfahrern.[29]

Im US-Bundesstaat Colorado hat die (weitgehende) Freigabe von Cannabis ab Mitte 2009 (zunächst zu medizinischen Zwecken, ab 2014 dann zu Konsumzwecken) zu einem deutlich höheren Anteil von cannabispositiven Fahrern bei tödlichen Autounfällen als in 34 Staaten ohne Cannabis-Legalisierung geführt.[30]

[29] *Hargutt/Krüger/Knoche* (Fn. 28)

[30] *Salomonsen-Sautel/Min et al.*, Trends in fatal motor vehicle crashes before and after marijuana commercialization in Colorado, Drug and Alcohol Dependence 140 (2014), 137-144.

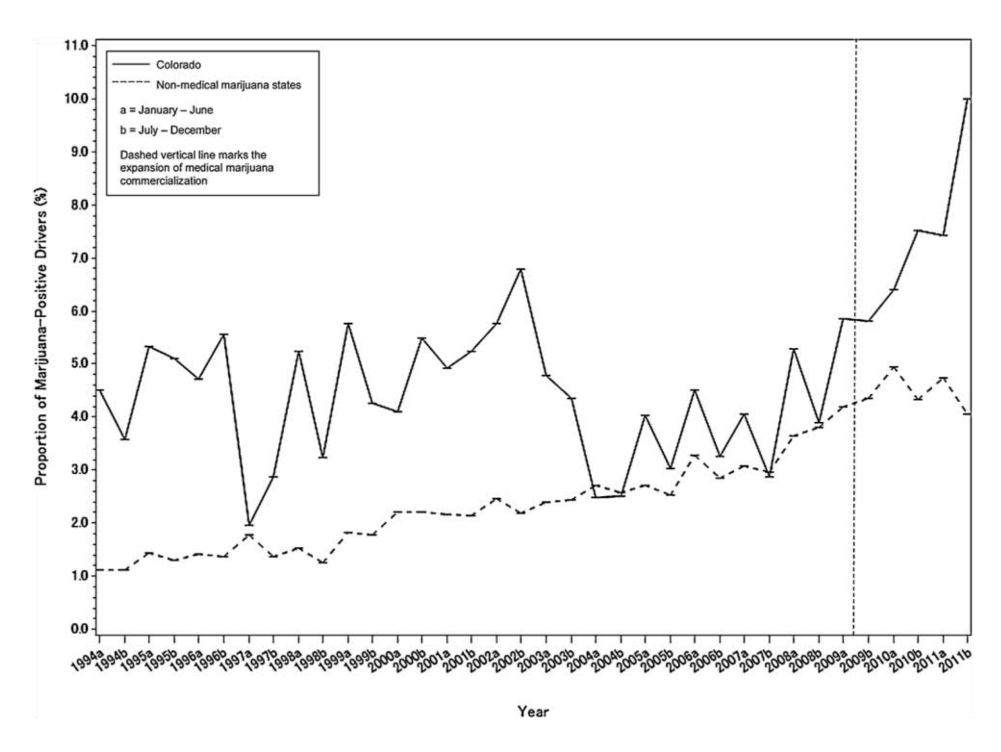


Abbildung 11: Vergleich zwischen THC-positiven Fahrern, die in einen tödlichen Autounfall verwickelt waren, in Colorado und 34 anderen US-Bundesstaaten mit restriktiver Cannabiskonsumregelung in der langen Zeitreihe.[31]

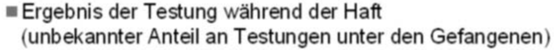
Cannabiskonsum und Kriminalität kommen also koinzident nebeneinander vor. Das Ursachengefüge ist aber nicht derart simpel, als dass sich ableiten ließe: kriminell, da cannabiskonsumierend bzw. vice versa. Viele verurteilte Cannabiskonsumenten finden sich in den Justizvollzugsanstalten, den Maßregelvollzugseinrichtungen und der Suchtkrankenhilfe wieder. Eine Herausforderung für die Gesellschaft, nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch in Hinsicht auf ihre Haltung gegenüber den suchtkranken Rechtsbrechern oder rechtsbrechenden Suchtkranken.

[31] *Salomonsen-Sautel/Min et al.* (Fn. 30).

V. Juristische Sanktionen für Cannabiskonsumenten

Unter den in Deutschland Inhaftierten rechnet man mit grob 12 bis 15 % BtM-Konsumenten[32]. Man schätzt dies anhand der aufgrund eines BtMG-Deliktes verurteilten Inhaftierten ab. Hierdurch wird höchstwahrscheinlich der Anteil der BtM-Konsumenten in Haft massiv unterschätzt, da es sehr wohl BtM-konsumierende Inhaftierte gibt, die nicht wegen eines BtM-Deliktes verurteilt wurden.

Viele konsumieren aber auch in Haft noch illegale Drogen, was eine Haft generell zum Risikofaktor für erneute rechtswidrige Taten oder sogar durch Weitergabe von Drogen für den Beginn einer Drogenabhängigkeit an sich in dieser totalen Institution macht („civil death“)[33]. Man denke auch an die Tatsache der Haft als Risikofaktor für die Akquise einer HCV- und / oder HIV-Infektion.[34] Der Cannabiskonsum ist bei Haftantritt mit 57 % positiven und während der Haft mit 75 % positiven Urinkontrollen auf Suchtmittel in einer deutschen Stichprobe führend.[35]



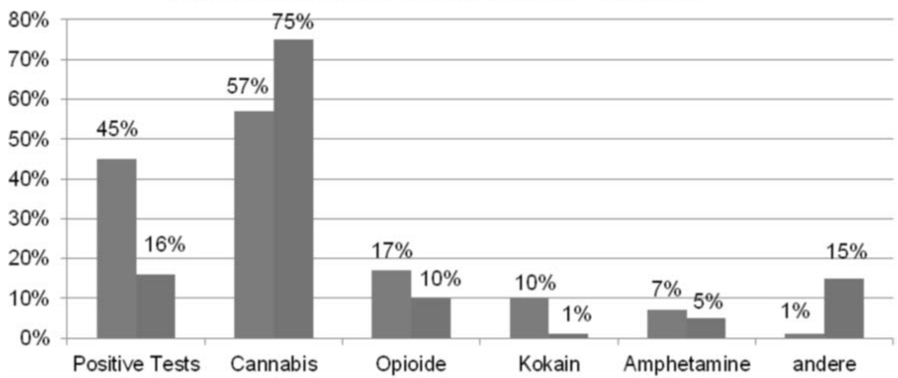


Abbildung 12: Drogenkonsum bei Haftantritt und während der Haft[36]

[32] Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2014. Fachserie 10 Reihe 4.1, 2015, S. 20.

[33] *Goffman*, Asylums: essay on the social situation of mental patients and other inmates, 1961, S. 16.

[34] Zusammenfassung bei *Keppler/Stöver et al.*, Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2010, Volume 53, Issue 2, 233-244.

[35] *Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel*, Übersichtsarbeit. Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, Sucht (2013), 59 (1): 39-50.

[36] *Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel* (Fn. 35).

Immerhin befanden sich in einer deutschen Stichprobe aus dem Jahre 2014 unter 1.419 inhaftierten Drogenkonsumenten in Drogen-Therapie während der Inhaftierung 388 Cannabiskonsumenten.[37] Cannabiskonsumenten finden sich also auch zu einem beachtlichen Anteil in Gefängnissen woraus ein suchttherapeutischer Handlungsbedarf auch für diese Konsumenten-Gruppe abzuleiten ist.

Tabelle 8: Deutsche Gefangenen-Stichprobe mit Therapie der Suchterkrankung in Haft [*Van der Haar* (27. Okt. 2015): Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994-2015]

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	307	21,6	40	81,6	347	23,6
Kokain	130	9,2	1	2,0	131	8,9
Stimulanzien	591	41,6	3	6,1	594	40,5
Hypnotika/Sedativa	15	1,1	0	0,0	15	1,0
Halluzinogene	6	0,4	0	0,0	6	0,4
Cannabinoide	368	25,9	5	10,2	373	25,4
Multiple/and. Substanzen	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Gesamt	1.419	100,0	49	100,0	1.468	100,0

Das Fazit aus den Daten zur Haft lautet: Die Haftkonzepte müssen überdacht werden. Haftkonzepte bei Drogenkonsumenten müssen die Option einer Sucht-Therapie in Haft beinhalten, um die Chance eines rechtskonformen Lebens nach der Haft zu eröffnen. Die spätere Haftentlassung sollte in Absprache zwischen Klient(in) und der Drogenhilfesysteme in Haft und in Freiheit geplant erfolgen, um einen Drogenrückfall und die erneute Begehung von Straftaten zu vermeiden.

Die Folgen des Cannabiskonsums können auch zu Unterbringungen im Maßregelvollzug entweder nach § 63 oder § 64 StGB führen. In der Stichtagserhebung für die Unterbringung gemäß § 64 StGB aus dem Jahre 2015[38] stellen diejenigen Personen, bei denen eine Cannabisabhängigkeit als Erstdiagnose (führende Diagnose) diagnostiziert wird, unter den Drogenabhängigen in der Maßregel nach § 64 StGB bereits ca. 12 %. Anscheinend sind unter den Cannabiskonsumenten die BtMG-Delikte als Anlasstat zwischen lediglich 20 bis 30 % und 50 % vertreten. Dies bedeutet einerseits im Umkehrschluss, dass StGB-Delikte sicherlich als Anlassdelikte eine große Rolle auch bei dieser Klientel spielen. Andererseits wird kritisch angemerkt, dass es durchaus möglich ist, dass die die Erstdiagnose einer Cannabisabhängigkeit aus taktischen Gründen im Strafverfahren in den Vordergrund gestellt wird.[38]

[37] *Braun/Brand/Künzel/Pfeiffer-Gerschel*, Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, 2015.

[38] *Van der Haar* (27. Okt. 2015): Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994-2015, S. 107.

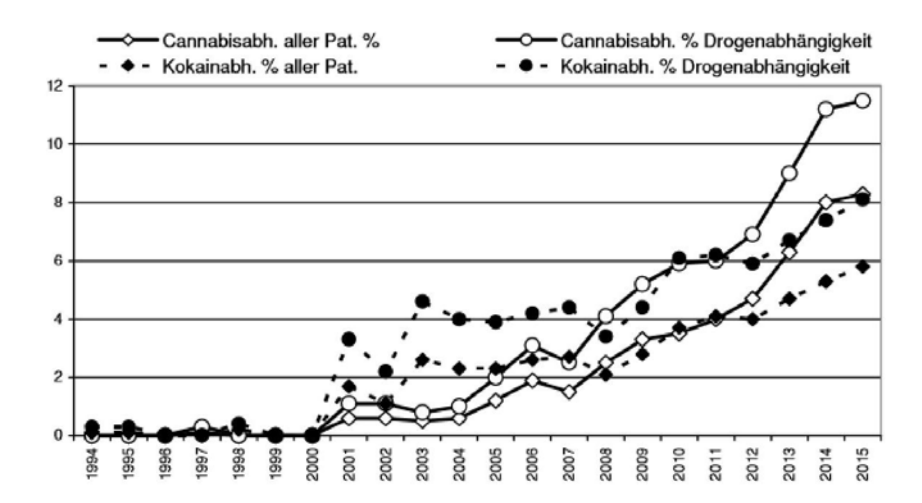


Abbildung 13: Anteil von Probanden mit Cannabisabhängigkeit als führende Sucht-Diagnose unter den Drogenkonsumenten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB [*Van der Haar* (27. Okt. 2015): Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994-2015]

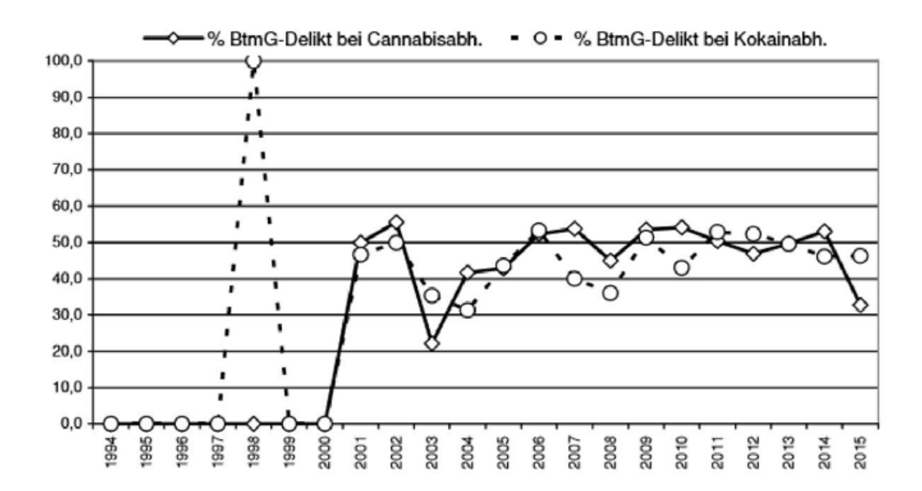


Abbildung 14: BtM-Anlassdelikte bei Probanden mit führender Diagnose Cannabisabhängigkeit bei Untergebrachten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB [*Van der Haar* (27. Okt. 2015): Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994-2015]

Auch der „kleine Bruder" des § 64 StGB, der § 35 BtMG („Therapie statt Strafe"), wird von Cannabiskonsumenten in Anspruch genommen, was Diagramm 13 zeigt. Für die Gesellschaft bedeutet dies: Finanzierung einer Therapie aufgrund der Rechtsgrundlage des § 35 BtMG aus den Kranken- (ambulantes Setting) und Rentenversicherungskassen (stationäres Setting). Die Justiz beteiligt sich an derlei Finanzierung nicht, profitiert aber durch Einsparung von erheblichen Haftkosten (Haftkosten in NRW mit Baukostensatz 2015: 133,55 Euro pro Gefangener und Tag).

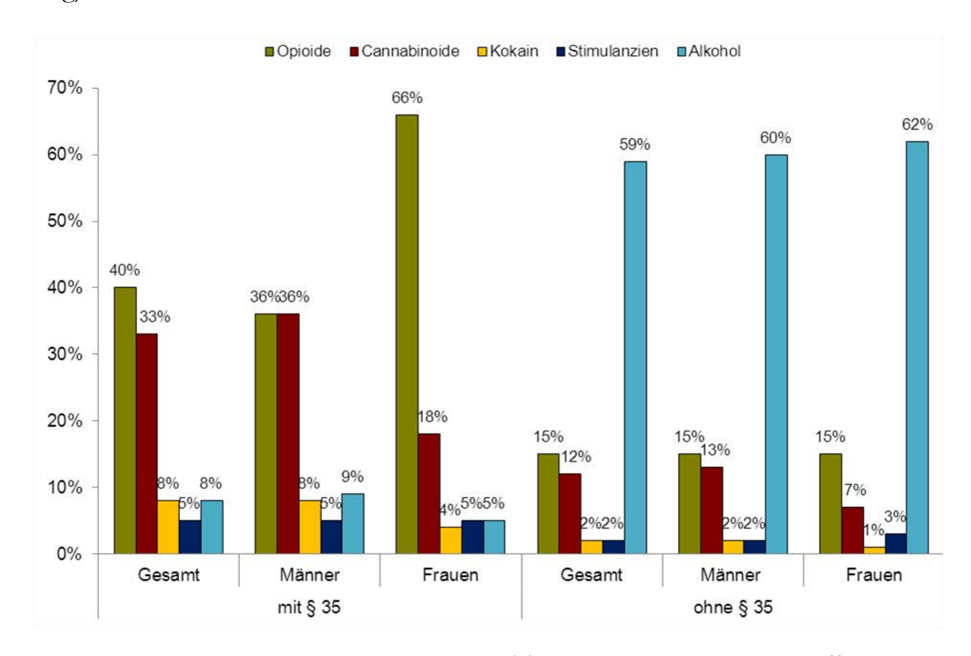


Abbildung 15: Ambulante Patienten in der Therapie gemäß § 35 BtMG[39]

Die Resultate der Behandlungen gemäß § 35 BtMG lassen sich aber durchaus sehen. Im ambulanten Setting sind im Jahr 2013 62% von 22.128 und im stationären Setting 66% von 2.867 erfolgreich.[40]

[39] *Künzel/Steppan/Pfeiffer-Gerschel,* Ambulante Behandlung und Beratung von Patienten mit einer Therapieauflage nach § 35 BtMG. Kurzbericht Nr. 2/2011 – Deutsche Suchthilfestatistik 2009, abrufbar unter: http://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Kurzberichte/DSHS_Kurzbericht_2011_2_BtMG35.pdf [Zugriff am 22.03.2017].

[40] *Brand/Steppan/Künzel/Braun*, Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT: 2014, abrufbar unter: http://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2014.pdf [Zugriff am 22.03.2017].

VI. Fazit

Eine etwaige Cannabislegalisierung hat begrenzte Auswirkungen auf das Phänomen der mit dem Konsum assoziierten Kriminalität:

1. Eine Freigabe von Cannabis aus Jugendschutzgründen ab 18 Jahren schafft einen neuen illegalen Markt, und zwar für die unter 18 Jahre alten Konsumenten.
2. Die Preisgestaltung kann einen Konkurrenzkampf zwischen einem legalen und einem illegalen Vertriebssystem nach sich ziehen. Ein illegaler Markt bliebe also existent. Das illegale Vertriebssystem von Cannabis weist bekanntermaßen hohe Lieferkapazitäten auf.
3. Aktuell ist gemäß § 3 Abs. 2 BtMG die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung zum Erwerb von Cannabis durch die Bundesopiumstelle „im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie“ in Deutschland möglich. Dieses „legale“ Cannabis ist jedoch kostenintensiv. Deshalb wurde klagenden Personen der Anbau von Cannabis gerichtlich zugestanden.[41]
4. Folgestörungen oder komorbide psychischen Störungen eines legalisierten Cannabiskonsums mit potentieller forensisch-psychiatrischer Relevanz sind weiterhin zu erwarten.
5. Es bleibt fraglich, welche Cannabisprodukte freigegeben werden (THC-Anteil, Cannabidiol-Anteil). Auch bei einer diesbezüglichen restriktiven Detail-Regelung bleibt ein illegaler Markt für die Extremzüchtungen mit 25 % bis 40 % THC-Anteil bestehen.
6. Abgabehöchstmengen pro Zeiteinheit müssen definiert und kontrolliert werden. Ein illegaler Zukauf wäre denkbar.
7. Orte, an denen ein legaler Konsum gestattet ist, müssten aus Jugendschutz- und Gesundheitsschutzgründen definiert werden.
8. Besonders problematisch erscheint eine etwaige Abgabe von Cannabisprodukten an bestimmte Personengruppen wie z.B. Schwangere, Personenbeförderer, Maschinenführer, Polizeibeamte.

[41] BVerwG, Urteil vom 06. April 2016, NVwZ 2016, 1413 ff.

Cannabis aus rechtsmedizinischer und kriminologischer Sicht

Prof. Dr. med. Michael Klintschar

I. Die kulturelle Bedeutung von Cannabis

Betrachtet man die unterschiedlichen Kulturen, die die Menschheit im Laufe der Jahrtausende gebildet hat, erkennt man als Konstante den Gebrauch berauschender Mittel. Die Art des präferierten Rauschmittels unterscheidet sich dabei jedoch stark.[1] So ist in einigen Kulturen Alkohol verboten oder zumindest verpönt. In unserer modernen westlichen Gesellschaft ist hingegen der Genuss von Alkohol und – sofern man es als Rauschmittel bezeichnen möchte – Nikotin legal und weit verbreitet, der Gebrauch anderer Substanzen wie Cannabis hingegen verboten. Der freiwillige Verzicht auf Alkohol wird von vielen Europäern sogar als sozialer Nachteil angesehen, da Alkohol in Maßen genossen die Bildung persönlicher Kontakte in unserem kulturellen Umfeld erleichtert. In der Jugendkultur gilt dies allerdings auch für Ecstasy und Cannabis. Dementsprechend steht den Menschen in Deutschland neben legalen Rauschmitteln eine ständig wachsende Vielzahl von illegalen Rauschmitteln, „psychoaktiven Substanzen“, „Betäubungsmitteln“ oder „Drogen“ zur Verfügung.

Der Genuss von Betäubungsmitteln birgt jedoch erhebliche juristische und medizinische Risiken. Cannabis ist von anderen Betäubungsmitteln dahingehend zu unterscheiden, dass es geteilte Meinungen über die Schädlichkeit des Konsums

---

[1] *Kastenbutt/Burkhard*, Zur Sozial- und Kulturgeschichte des Alkoholkonsums in Orient und Okzident, 2010, S. 5-11.

gibt. Die wissenschaftliche Diskussion wird dabei durch die spärliche Datenlage behindert. Dementsprechend befinden wir uns in einer Situation, in der sich zwei Positionen gegenüberstehen, die völlig unterschiedliche Ziele verfolgen, ohne dass die Richtigkeit der jeweiligen Standpunkte abschließend beurteilt werden kann. Die eine fordert die Legalisierung von Cannabis, die andere spricht sich eindeutig dagegen aus. Vom Standpunkt des exakten Wissenschaftlers aus ist diese Situation höchst unbefriedigend und erinnert den Autor persönlich an die Situation im 16. und 17. Jahrhundert und die Frage, ob die Erde eine Scheibe oder eine Kugel ist. Heutzutage wissen wir, dass die Erde mehr oder weniger eine Kugel ist. Eine eindeutige Antwort auf die Frage, ob die Freigabe von Cannabis eher positive oder negative Effekte hätte, können wir nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand jedoch nicht geben. Im vorliegenden Beitrag soll eine zentrale Frage in dieser Diskussion, nämlich ob Cannabiskonsum kriminogen ist, vom Standpunkt des Rechtsmediziners diskutiert werden. Dabei gilt es, nach einer Einführung in die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der Cannabinoide, folgende Aspekte zu behandeln: die Toxizität der Substanz und direkte gesundheitliche Folgen des Konsums, indirekte gesundheitliche Folgen für den Konsumenten und zuletzt Folgen für andere Personen oder die Gesellschaft.

II. Konsum und Metabolisierung von Cannabinoiden

Psychoaktive Substanzen können nach ihren Wirkmustern in (zumindest) drei Gruppen eingeteilt werden: Sedativa („Downer“) haben einen beruhigenden und einschläfernden Effekt. Dazu gehören Alkohol oder Benzodiazepine. Zu den Stimulanzien („Upper“) mit aufputschender Wirkung zählen Koffein und Kokain. Halluzinogene wie LSD oder Psilocybin erzeugen verzerrte Sinneswahrnehmungen. Cannabis lässt sich keiner dieser Gruppen eindeutig zuordnen, da es je nach Konzentration sedative, halluzinogene und (in Einzelfällen) auch aufputschende Wirkung haben kann.[2]

Als Cannabis bezeichnet man Produkte aus der Hanfpflanze Cannabis sativa. Diese enthalten Cannabinoide, insbesondere das Δ^9-Tetrahydrocannabinol, das in den Pflanzen in einer inaktiven Form, als Tetrahydrocannabinolsäure, vorliegt. Daneben enthält der Hanf allerdings eine Vielfalt von weiteren Substanzen, unter anderem Cannabidiol, das nicht berauschend wirkt, aber für einige der medizinisch relevanten positiven Effekte von Cannabis verantwortlich gemacht wird. In Deutschland ist der (rechtliche) Umgang mit Cannabis durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt. Auch wenn der Handel mit Cannabis verboten ist, gibt es dennoch einen erheblichen Schwarzmarkt, in dem zahlreiche Produkte aus der Hanfpflanze angeboten werden, darunter Marihuana („Gras“), getrocknete Blätter und Blütenstände der weiblichen Pflanze mit weniger als 1 bis über 20 % Gehalt

---

[2] *Täschner,* Cannabis: Biologie, Konsum und Wirkung, 2005, S. 103-105.

an THC bzw. Tetrahydrocannabinolsäure; Haschisch, zu Platten gepresstes Harz der Pflanze mit 5 bis über 30 % THC und Haschischöl, ein Harzextrakt mit bis über 70 % THC.[3]

Mehr als 1 % der Erwachsenenbevölkerung konsumiert in Deutschland zumindest gelegentlich Cannabis.[4] In den USA, in denen der Besitz von Cannabis teilweise nicht mehr strafbar ist, ist die Prävalenz noch um einiges höher: So sollen 20 % der 18-25-Jährigen in den letzten 30 Tagen zumindest einmal Cannabis konsumiert haben.[5]

Die Pflanzen enthalten Cannabinoide zu einem Großteil als inaktive Vorläufersubstanzen. Die Tetrahydrocannabinolsäure der Pflanzen muss vor oder während des Konsums durch Erhitzung in Δ^9-Tetrahydrocannabinol umgewandelt werden. Die wichtigste Form der Aufnahme ist inhalativ durch Rauchen von mit Cannabis vermengtem Tabak. Die wirksame Einzeldosis beträgt dabei ca. 10-20 mg THC.[6] Die Wirkung beginnt innerhalb von ca. 10 Minuten. Sie kann in 3 Phasen eingeteilt werden:[7]

1. Die akute Phase kurz nach dem Konsum bis 1-2 Stunden danach

In dieser Phase dominiert eine zentrale Dämpfung, übergehend in eine euphorische Grundstimmung. Die Motorik, Sprache und das Sehvermögen der Konsumenten ist gedämpft. Das eigene Leistungsvermögen wird überschätzt, Zeitgefühl und Kurzzeitgedächtnis sind gestört. Von außen ist eine Verlangsamung bis hin zur Begriffsstutzigkeit zu erkennen. Dazu beobachtet man Gangunsicherheiten, eine lallende Sprache und gerötete, glasige Augen mit weiten, lichtstarren Pupillen.

2. Die subakute Phase, bis ca. 4-6 Stunden nach dem Konsum

In dieser Zeit herrscht eine heitere, ausgelassene Grundstimmung bis zu euphorischen Zuständen vor. Die Konsumenten fühlen sich gelassen und positiv. Die Kritikfähigkeit ist herabgesetzt und negative äußere Einflüsse werden ignoriert. Das eigene Leistungsvermögen kann überschätzt werden. Die Konsumenten zeigen eine Passivität bis hin zur Apathie, die Konzentrationsfähigkeit und das Leistungsvermögen sind herabgesetzt, Denkstörungen sind möglich. Die Pupillenreaktion ist verlangsamt.

---

[3] *Madea*, Praxis Rechtsmedizin, 2015, S. 588.

[4] *Gomes de Matos/Atzendorf et al.,* Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015, Sucht (2016), 62 (5), 271-281.

[5] U.S. Department of health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014, Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings (NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 14-4863), abrufbar unter: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf[Zugriff am 02.05.2017].

[6] *Geschwinde*, Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen, 2013, S. 36-59.

[7] *Madea* (Fn. 3), S. 652.

3. Die postakute Phase, bis ca. 12-24 Stunden nach dem Konsum

Die Konsumenten sind passiv und versuchen Aktivitäten zu vermeiden. Es fehlt der innere Antrieb, Dinge zu erledigen. Ihr Wahrnehmungsvermögen kann weiter beeinträchtigt sein.

Selten sind atypische Verlaufsformen, bei denen es zu Depression, gesteigertem Antrieb mit Agitation, Angst und Panik, Wahnerlebnissen und Aggression oder Autoaggression kommen kann, zu beobachten.[8] Diese unerwünschten Wirkungen sind abhängig von der Dosis und scheinen daher bei den neuen, ausgesprochen starken Cannabissorten häufiger vorzukommen. Auch einige synthetische Cannabinoide, die teils wesentlich stärker wirken als THC, scheinen ein erhöhtes Risiko dafür aufzuweisen.

Dabei gelangen nur ca. 20 % des gerauchten THC tatsächlich ins Blut und typischerweise werden nach wenigen Minuten Plasmakonzentrationen von ca. 100-200 g/l erreicht. Die Konzentration an THC im Blut nimmt allerdings sehr schnell wieder ab und ist zum Zeitpunkt des Wirkbeginns bereits deutlich niedriger. Grund dafür ist, dass THC polyphasisch eliminiert wird, d.h. dass ein Großteil der aufgenommenen Substanz binnen Minuten aus dem Blutplasma in das sehr gut durchblutete Gehirn und daraufhin in das schlechter durchblutete Fettgewebe umverteilt wird. THC ist sehr gut fettlöslich, was diesen Vorgang begünstigt. Aus dem Depot im Fettgewebe gelangt die Substanz noch Stunden nach einem einmaligen Konsum in relevanter Menge in das Blutplasma, sodass die Elimination in dieser Phase deutlich langsamer erfolgt. Bei chronischem Konsum kann THC sogar noch mehr als 24 Stunden nach der letzten Zufuhr in einer Konzentration von deutlich mehr als 1 g/l in das Blutplasma gelangen, ohne dabei aber psychoaktive Wirksamkeit zu entfalten. Auch eine orale Aufnahme von gebackenem Cannabis, z.B. in Keksen, ist möglich, auch wenn nur ca. 6 % des THC aufgenommen werden und sich die notwendige Dosis dadurch verdreifacht. Zudem setzt die Wirkung erst 2-3 Stunden nach der Einnahme ein. Die Injektion von Cannabis ist hingegen nicht gebräuchlich, was unzweifelhaft auch daran liegt, dass die sehr lipophilen (fettlöslichen) Cannabinoide nicht ohne weiteres in Wasser löslich sind.

Der größte Teil des konsumierten THC wird im Körper zum psychoaktiven Stoffwechselprodukt 11-Hydroxy-Δ9- Tetrahydrocannabinol (11-OH-THC) oxidiert. Der weitere Abbau erfolgt zu 11-Nor-9-carboxy-Δ9-THC (THC-COOH, THC-Carbonsäure), das nicht psychoaktiv ist und teilweise als Glucuronid im Urin ausgeschieden wird. Aufgrund der guten Fettlöslichkeit wird THC-Carbonsäure genauso wie THC im Fettgewebe gespeichert. Von dort werden die Substanzen kontinuierlich an das Blut abgegeben und gelangen auch in den Urin. Dies bedingt, dass Cannabinoide noch lange nach Ende der Wirkung nachgewiesen werden können, im Extremfall noch nach Monaten. Da bei chronischem Konsum die dadurch

[8] *Täschner* (Fn. 2), S. 104.

erreichbaren Konzentrationen sehr hoch sind, ist es manchmal schwierig, Messwert mit Wirkung in Einklang zu bringen.

Neben den natürlichen Cannabinoiden hat sich in den letzten Jahren ein ständig zunehmender Markt für synthetische Cannabinoide gebildet. Diese Substanzen, die oftmals zumindest vorübergehend als „Legal Highs“ verkauft werden können, haben eine teils deutlich stärkere Wirkung, die sich auch qualitativ von Cannabis unterscheiden kann. Der Umgang mit synthetischen Cannabinoiden ist durch das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG)[9] geregelt. Obwohl diese „Designerdrogen“ immer bedeutender werden, soll in diesem Beitrag lediglich auf natürlich vorkommende Cannabinoide eingegangen werden.

III. Toxizität und potentiell lebensgefährliche Nebenwirkungen von Cannabis

Khalsa[10] diskutiert mögliche Einflüsse von Cannabinoiden auf das Immunsystem, das Herz/Kreislaufsystem, die Nieren, die Funktion der Hormondrüsen, mögliche Folgen für die Entwicklung von Kindern von Cannabiskonsumentinnen und insbesondere Einflüsse auf die Entwicklung des Nervensystems. Die Frage direkter gesundheitlicher Folgen des Cannabiskonsums wird an anderer Stelle in diesem Band abgehandelt.[11] Von zentralem rechtsmedizinischem Interesse ist jedoch die Frage, inwieweit eine tödliche Vergiftung mit Cannabis möglich ist oder der Konsum von Cannabis zu einem plötzlichen Tod führen kann. Eine Google-Suche am 24.3.2017 mit den Schlagwörtern „Letalität“ und „Cannabis“ förderte dabei die extreme Polarisierung der Diskussion zutage: Gleich nach dem Wikipedia-Eintrag zu Tetrahydrocannabinol wird ein Artikel in der Zeitung „Die Welt“ mit dem Titel „Kiffen: Wissenschaftler beweisen, dass Cannabis töten kann“[12] angezeigt, gefolgt von „Forscher beweisen: Cannabis ist das sicherste Medikament der Welt“[13]. Vom wissenschaftlichen Standpunkt her wird davon ausgegangen, dass die Toxizität von Cannabis äußerst gering ist.[14] Aus Tierversuchen schließt man, dass die LD50, also die Dosis, bei der 50% der Konsumenten versterben (intravenös verabreicht), bei 2000 mg THC (D9-Tetrahydrocannabinol) liegt.[15] Als Wirkdosis wird jedoch eine

---

[9] BGBl. I S. 2615.

[10] *Khalsa*, Medical and health consequences of marijuana, in: ElSohly (Hrsg.), Forensic Science and Medicine: Marijuana and the cannabinoids (2007), 237-252.

[11] Näher die Beiträge von *Holm-Hadulla*, *Schaper*, *Täschner* und *Thomasius* (in diesem Band).

[12] Artikel abrufbar unter: https://www.welt.de/vermischtes/article125190490/Wissenschaftler-beweisen-dass-Cannabis-toeten-kann.html [Zugriff am 02.05.2017].

[13] Artikel abrufbar unter: https://www.vice.com/de/article/forscher-beweisen-aspirin-ist-1000-mal-toedlicher-als-cannabis [Zugriff am 02.05.2017].

[14] *Nahas*, Toxicology and pharmacology of Cannabis sativa with special reference to d-9-THC, Bulletin on Narcotics, 24 (1972), 11-29.

[15] *Philipps/Turk/Forney*, Acute toxicity of D9-tetrahydrocannabinol in rats and mice, Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 136 (1971), 260-263.

Menge von nur 15 mg angenommen, also müsste ca. 133-mal mehr THC zugeführt werden, um einen Menschen zu töten, als um einen Rausch zu erzeugen.

Diese „therapeutische Breite“ ist tatsächlich größer als für viele Medikamente. Eine besonders enge „therapeutische Breite“ gibt es für „harte Drogen“ oder Alkohol: Während das Trinken einer viertel bis halben Flasche Schnaps bei vielen Menschen zum Ziel des Rausches führt, führt das Trinken von ein bis zwei Flaschen in kurzer Zeit bereits möglicherweise zum Tod. Trotzdem ist sehr wohl vorstellbar, dass der Konsum von Cannabis zum Todeseintritt beiträgt; so schildern *Mittleman et al.*,[16] dass es nach dem Konsum von Cannabis zu einem Anstieg des Risikos eines akuten Herzinfarkts kommt. *Hartung et al.*[17] diskutierenzwei Fälle eines plötzlichen Todes unter Cannabis, die ungewöhnlich sorgfältig abgeklärt wurden, und folgern, dass diese Todesfälle durch Herzrhythmusstörungen unter Cannabis verursacht wurden. Dieser Schluss scheint korrekt zu sein, allerdings dürften Fälle eines erwiesenen Todes durch Cannabinoide extrem selten sein. Der Autor dieses Beitrags überblickt auf jeden Fall aus seiner beruflichen Tätigkeit keinen Fall, in dem es zweifelsfrei zu einer tödlichen Cannabis-Intoxikation gekommen war. In Anbetracht der enorm hohen Prävalenz von Cannabis im Dunkelfeld (man geht in Deutschland von mehr als 2 Millionen Cannabiskonsumenten und 300.000 Personen mit täglichem Konsum aus)[18] ist es daher möglich festzuhalten, dass das Risiko einer tödlichen Cannabisvergiftung ausgesprochen gering erscheint. Insbesondere dürfte das Risiko verschwindend gering sein, wenn man diesbezüglich das Risikoprofil von Alkohol und Cannabis vergleicht.

IV. Cannabis und Suizid

Bei der Untersuchung von Suiziden stellt man regelmäßig fest, dass Suizidenten Alkohol, Medikamente oder illegale Rauschmittel im Blut aufweisen. Zum Beispiel wurde in einer Studie bei 35 % aller Suizidenten Alkohol nachgewiesen.[19] Auch Cannabinoide lassen sich gelegentlich nachweisen, jedoch nach eigenen Beobachtungen deutlich seltener als Alkohol. Ob aus diesen Befunden der Schluss gezogen werden kann, dass es ohne den Konsum von Cannabis nicht zur Selbsttötung gekommen wäre, ist sicherlich strittig. Eine Metaanalyse der aktuellen Literatur kommt auf jeden Fall zum Schluss, dass es keinen Beweis dafür gibt, dass der akute Missbrauch von Cannabinoiden zum Suizid verleitet, auch wenn der chronische

[16] *Mittleman/Lewis/Maclure et al.*, Triggering myocardial infarction by marijuana, Circulation, 103 (2001), 2805-2809.

[17] *Hartung/Kauferstein/Ritz-Timme/Daldrup*, Sudden unexpected death under acute influence of cannabis, Forensic Science International, 103 (2014), e 11-3.

[18] *Madea* (Fn. 3), S. 349.

[19] *Abel/Zeidenberg*, Age, alcohol and violent death: a postmortem study, Journal of studies on Alcohol and drugs 46 (1985), 228-231.

Missbrauch einen Hinweis auf einen drohenden Suizidversuch liefern kann.[20] Weitestgehend unstrittig ist insbesondere, dass der Beginn des Missbrauchs in der Kindheit mit einem erhöhtem Risiko eines Suizidversuchs oder einem häufigeren Auftreten von Suizidgedanken einhergeht.[21]

V. Cannabis und Straftaten

Drogenkonsum und Delinquenz sind miteinander auf eine komplexe Art und Weise verknüpft. Da der Besitz von Drogen und der Handel mit ihnen gegen das BtMG verstoßen, sind zunächst alle Drogenkonsumenten straffällig.

In anderen Ebenen lassen sich weitere Delinquenzbereiche abgrenzen: Zunächst einmal besteht eine erhebliche Szene-interne Delinquenz. Dazu gehören Delikte zwischen Konsument und Dealer oder zwischen Dealern wie z.B. Betrug, Diebstahl, Erpressung, Raub etc. Es ist davon auszugehen, dass der größte Teil dieser Taten nicht angezeigt wird. Zu diesem Bereich gehören aber auch Straftaten, die gegen unbeteiligte Personen gerichtet sind wie z.B. Eigentumsdelikte oder Rezeptfälschung, die der Beschaffung von Drogen dienen. Drittens ist eine Vielzahl von sonstigen Straftaten, die durch Drogen verursacht werden, zu verzeichnen. Zu diesem Komplex gehören Verkehrsdelikte, aber auch Sachbeschädigungen oder Gewalttaten unter dem Einfluss von Drogen. Gelegentlich sind Straftaten allerdings nicht die Folge der Drogenabhängigkeit, sondern gehen ihr zeitlich voraus. Die Tatsache, dass die Delinquenz oft der Drogensucht vorausgeht, erschwert die Beurteilung der Frage, in welchem Ausmaß Drogen tatsächlich Straftaten auslösen. Im Weiteren soll die Rolle von Cannabis bei zwei Straftatkomplexen näher diskutiert werden: im Bereich des Straßenverkehrs, insbesondere bei Verkehrsunfällen, und bzgl. eines möglichen Zusammenhangs mit Gewalttaten.

VI. Cannabis und Verkehrsunfälle

Der Genuss von Cannabis führt zu eingeschränktem Reaktionsvermögen und zur Beeinträchtigung weiterer Funktionen, die für die Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher im Straßenverkehr zu führen, notwendig sind. In Deutschland ist bereits bei einer Konzentration von 1 ng/ml THC im Serum (analog einer BAK von 0,5 ‰) eine Bestrafung nach § 24a StVG möglich. Bereits in jungen Jahren kommt es bei einer erschreckend hohen Anzahl von Personen zu Trunkenheitsfahrten oder zu Fahr-

[20] *Borges/Bagge/Orozco,* A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality, Journal of Affective Disorders (2016), 195:63-74.

[21] *Borges/Benjet/Orozco/Medina-Mora/Menendez,* Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans, Journal of Psychiatric Research (2017), 91:74-82.

ten unter dem Einfluss von Cannabis.[22] Hier soll insbesondere dazu Stellung genommen werden, ob Cannabiskonsum zu einer Erhöhung des Risikos von Unfällen, insbesondere Verkehrsunfällen, führt. Dabei sind folgende Wirkungen von Cannabis verkehrsrelevant: Störungen der Fahrkoordination, Konzentrationsschwäche, Aufmerksamkeitsstörungen, Verlängerung der Reaktionszeit, verlangsamte Pupillenreaktion mit der Gefahr der erhöhten Blendempfindlichkeit, eingeschränktes Wahrnehmungsvermögen wie auch gelegentlich Überschätzung des Leistungsvermögens mit erhöhter Risikobereitschaft und (Pseudo-) Halluzinationen. Typischerweise können bei diesen Symptomen Unfälle durch Fahren in Schlangenlinien und dadurch verursachte Kollisionen mit geparkten Fahrzeugen oder Fußgängern auftreten. Charakteristisch wäre auch das Abkommen von der Fahrbahn in Kurven oder auf gerader Strecke durch zu spätes Erkennen der Kurve oder zu langsame oder inadäquate Reaktion auf Reize von außen.

Die Druid Studie[23] förderte zu Tage, dass die Prävalenz von Cannabinoiden im Körper von Verkehrsteilnehmern zwar ausgesprochen hoch ist, dass das Risiko, unter diesem Einfluss einen Verkehrsunfall zu verursachen, allerdings nur moderat ansteigt und in etwa im Bereich einer Alkoholisierung von 0,5 ‰ liegt. Zu einem ähnlichen Schluss waren zuvor bereits *Mura et. al.* gekommen.[24] *Movig et al.* fanden hingegen zwar erhöhte Risiken nach dem Genuss von Alkohol oder Benzodiazepinen, nicht jedoch nach dem Konsum von Cannabis.[25] Auch eine Studie in Colorado kam zum Ergebnis, dass Cannabis keinen nachweisbaren Einfluss auf die Verkehrssicherheit habe.[26] Das offensichtlich nur gering beeinflusste Unfallrisiko steht im Gegensatz zu doch deutlichen Auffälligkeiten im Fahrverhalten oder bei Reaktionstests,[27] ein scheinbarer Widerspruch, der dadurch erklärt werden könnte, dass Fahrer unter dem Einfluss von Cannabis zu langsamem Fahren neigen.

[22] *Whitehill/Rivara/Moreno*, Marijuana-using drivers, alcohol-using drivers, and their passengers: prevalence and risk factors among underage college students, JAMA Pediatrics (2014), 168 (7):618-24.

[23] *Hargutt/Krüger/Knoche*, 6th Framework Programme Deliverable (1.3.1) Driving under the influence of alcohol, illicit drugs and medicines. Risk estimations from different methodological approaches, abrufbar unter http://www.bast.de/EN/Traffic_Safety/Subjects/druid/Deliverable_1_3_1.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 02.05.2017].

[24] *Mura/Kintz/Ludes et al.,* Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study, Forensic Science International (2003), 133 (1-2):79-85.

[25] *Movig/Mathijssen/Nagel et al.,* Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents, Accident Analysis & Prevention (2004), 36 (4):631-6.

[26] *Lowenstein/Koziol-McLain*, Drugs and traffic crash responsibility: a study of injured motorists in Colorado, The Journal of Trauma and Acute Care Surgery (2001), 50(2):313-20.

[27] *Bondallaz/Favrat/Chtioui et al.,* Cannabis and its effects on driving skills, Forensic Science International (2016), 268:92-102.

VII. Cannabis und Gewalttaten

Goldstein formulierte ein dreigeteiltes Rahmenwerk, durch das der Zusammenhang zwischen Drogen und Gewalt erklärt werden soll:[28] Zunächst einmal kann ein psychopharmakologischer Zusammenhang bestehen, die Gewalttat wäre dann die direkte Folge der akuten oder chronischen Aufnahme von Drogen, durch den Täter und/oder das Opfer. Denkbar wäre z.B., dass der Täter unter der Droge eher gewaltbereit ist oder dass das Opfer unter diesem Einfluss ein riskanteres Verhalten an den Tag legt. Die zweite Möglichkeit wäre ein ökonomisch-kompulsiver Zusammenhang, worunter die Beschaffungskriminalität fällt. Als dritte Möglichkeit führt *Goldstein* einen systemischen Zusammenhang an und meint damit, dass Drogen in den USA und Europa nun einmal Teil einer illegalen Parallelwelt sind, in der Gesetze und konventionelle Moralvorstellungen nur eingeschränkt gelten und das Risiko einer Gewalttat deutlich erhöht ist. In dieses Rahmenwerk lässt sich Cannabis, zumindest was die Problembereiche 2 und 3 angeht, ohne weiters einfügen: Cannabis ist nicht ganz billig (Preis von ca. 8-15 € pro Gramm)[29]; und der Erwerb von Cannabis macht oftmals den Kontakt zu kriminellen Kreisen notwendig und stellt daher ein Risiko für den Konsumenten dar. Anzumerken ist, dass diese beiden Problembereiche für Cannabinoide natürlich deutlich weniger stark ausgeprägt sind als für „harte Drogen“: Kokain oder Heroin sind viel teurer, und das Risiko, in der einschlägigen „Szene“ gewaltbereite Personen anzutreffen, ist um einiges höher. Zudem könnten diese Bereiche durch eine mögliche Legalisierung von Cannabis teilweise entschärft werden.

Weniger klar ist, ob auch die 1. Dimension des Rahmenwerks nach *Goldstein*, also die Bahnung von Gewalt durch die Wirkung von Drogen, auf Cannabis anzuwenden ist. Die Literatur diskutiert dabei eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie der Missbrauch von Cannabis – analog zum Missbrauch von Alkohol oder anderen Rauschmitteln[30] – zu Gewalt führen könnte. Zunächst einmal könnte die Verzerrung der Wahrnehmung durch Cannabinoide zu einer Fehlinterpretation einer an sich harmlosen zwischenmenschlichen Interaktion und damit zu einer aggressiven oder überängstlichen Antwort führen.[31] Zweitens scheint der Genuss von Cannabis keineswegs immer eine friedliche Stimmung zu fördern, vielmehr kommt es in manchen Fällen zur Unfähigkeit, Aggression einzudämmen.[32] Drittens treten unter akutem Einfluss von THC gelegentlich Panikattacken oder paranoide Zustandsbil-

---

[28] *Goldstein*, The drugs/violence nexus. A tripartite conceptual framework, Journal of Drug Issues (1985), 15:493-506.

[29] https://graspreis.de/ [Zugriff am 13.07.2017].

[30] *Watkins/Maldonado/DiLillo,* Hazardous alcohol use and intimate partner aggression among dating couples: the role of impulse control difficulties, Aggressive Behavior (2014), 40(4):369-81.

[31] *Pope/Yurgelun-Todd*, The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students, JAMA 1996, 275, 521–527.

[32] *Friedman*, Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: a review of the relevant literature, Aggressive Violent Behavior (1998), 3, 339-355.

der auf[33] – Faktoren, die Gewalt durchaus bahnen können. Viertens bestehen beim Abklingen der Wirkung von Cannabis oder beim Entzug oftmals Stimmungsstörungen und eine erhöhte Bereitschaft zu Aggressionen.[34] Selbstverständlich wäre auch vorstellbar, dass allein aus der Tatsache, dass Cannabis eine illegale Substanz ist, Nervosität und damit eine Situation mit erhöhtem Risiko einer Gewalttat erwächst.

Gewalttaten scheinen in Indien, einem Land mit einem tief in der Kultur verwurzelten Konsum von Cannabisprodukten, durchwegs mit der Zufuhr von Betäubungsmitteln, so auch Cannabinoiden assoziiert zu sein.[35] In Europa und den USA ist der Missbrauch von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen überproportional hoch. Eine für dieses Alter typische Form der Gewalt ist die „Physical dating violence“, also körperliche Gewalt während eines Rendezvous, die von ca. 10 % aller Jugendlichen in den USA berichtet wird.[36] Eine Metaanalyse von *Johnson et. al.*[37] kommt zu dem Schluss, dass der Genuss von Cannabis – sei es vom Opfer, vom Täter oder beiden – bei dieser Form der Gewalt überrepräsentiert wird. Allerdings sind die Autoren aufgrund der wenigen dazu vorhandenen Studien keineswegs sicher, dass Cannabis diese Form der Gewalt tatsächlich bahnt, ein Anstieg des Genusses von Cannabis also zu einem Anstieg dieser Form der Gewalt führt. Die Autoren weisen diesbezüglich auf die Theorie des Problemverhaltens von *Jessor* und *Jessor* hin.[38] Wendet man diese Theorie auf Jugendliche an, kann man argumentieren, dass Jugendliche zu Risikoverhalten neigen, wozu sowohl der Genuss von Cannabis als auch aggressive Verhaltensweisen gehören. Demnach kann man aus dem gemeinsamen Vorkommen beider Faktoren nicht uneingeschränkt auf einen bahnenden Einfluss von Cannabis auf das Gewaltverhalten schließen, erst jüngst wurde erneut auf die nicht ausreichende einschlägige Studienlage hingewiesen.[39]

[33] *Moore/Stuart/Meehan et al.*, Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review, Clinical Psychology Review (2008), 28, 247-274.

[34] *Smith/Homish/Leonard et al.*, Marijuana withdrawal and aggression among a representative sample of US marijuana users, Drug and Alcohol Dependence (2013), 132, 63-68.

[35] *Sharma/Sharma/Barkataki*, Substance use and criminality among juveniles-under-enquiry in New Delhi, Indian Journal of Psychiatry (2016), 58(2):178-82.

[36] *Kann/Kinchen/Shanklin et al.,* Youth risk behavior surveillance – United States, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 2014, 63, 1-68.

[37] *Johnson/LaValley/Schneider et al.,* Marijuana use and physical dating violence among adolescents and emerging adults: A systematic review and meta-analysis, Drug and Alcohol Dependence (2017), 28, 174:47-57.

[38] *Jessor*, Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking, British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs (1987), 82, 331-342.

[39] *Shorey/Haynes/Strauss et al.,* Cannabis use and dating violence among college students: A call for research, Drug and Alcohol Review (2017), 36(1):17-19.

VIII. Schlussfolgerungen

Cannabinoide und ihr Einfluss auf die Gesundheit oder auf andere Aspekte der Gesellschaft sind deutlich weniger erforscht als der Einfluss von legalen Rauschmitteln oder Medikamenten. Dafür gibt es viele Ursachen. Zunächst einmal erfordert es einen aufwändigen Genehmigungsprozess, eine Studie mit einer illegalen Substanz durchzuführen. Pharmafirmen sind durch die Gesetzeslage gezwungen, aufwändige Versuche zur Sicherheit und Wirkung der von ihnen vertriebenen Medikamente zu finanzieren. Bei illegalen Drogen ist die Finanzierung einer Studie jedoch schwierig. Viele Studien wurden zudem mit oral zugeführten Cannabinoiden durchgeführt, obwohl die bevorzugte Darreichungsform die Inhalation ist. Grund dafür ist unter anderem, dass Menschen höchst unterschiedlich Rauchen und daher unterschiedliche Mengen von Cannabinoiden beim Rauchen der gleichen Dosis aufnehmen, andererseits, dass das Rauchen von Tabak an sich gesundheitsschädigend ist und Ethikkommissionen daher oftmals allein von diesem Punkt her ein Problem damit haben, Versuche mit Cannabis zu genehmigen. Oral zugeführte Cannabinoide wirken jedoch quantitativ und qualitativ anders als gerauchte Cannabinoide. Nicht zuletzt ist damit zu rechnen, dass auch Fragen zum Konsum von Cannabis als illegaler Substanz tendenziell eher falsch beantwortet werden als Fragen zu weniger exponierten Themen.

Generell sprechen die vorstehend angeführten Erkenntnisse dafür, dass Cannabis sehr wohl negative direkte oder indirekte Effekte hat: Einerseits sind Cannabinoide sehr wohl potentiell toxisch, mag es auch selten Todesfälle durch Cannabinoide geben. Andererseits besteht ein Zusammenhang zwischen chronischem Missbrauch von Cannabinoiden und Suizidalität, zumindest bei frühem Beginn des Missbrauchs in Kindheit oder Jugend. Zudem ist das Risiko, Verkehrsunfälle zu verursachen, jedenfalls in einem Teil der vorliegenden Studien signifikant erhöht. Ein Zusammenhang zwischen dem Missbrauch von Cannabinoiden und interpersoneller Gewalt besteht ebenfalls. Bei all diesen Gefahren muss allerdings betont werden, dass sie jeweils relativ gering sind, insbesondere zum Teil deutlich geringer als die Gefahren des legalen Rauschmittels Alkohol.

Es bieten sich daher zwei Möglichkeiten an, die vorliegenden Erkenntnisse in die Diskussion um die Legalisierung von Cannabis einfließen zu lassen: Auf der einen Seite könnte argumentiert werden, dass Cannabis in vielerlei Hinsicht gefährlich ist. Daraus könnte mit Fug und Recht abgeleitet werden, dass es zielführend ist, Cannabinoide weiterhin zu verbieten. Auf der anderen Seite wäre die Schlussfolgerung möglich, dass Cannabis anscheinend deutlich weniger gefährlich ist als Alkohol. Da Alkohol legal ist, wäre es nur gerecht, wenn das harmlosere Cannabis ebenfalls legalisiert würde oder sowohl Cannabis als auch Alkohol gleichermaßen verboten würden. Dabei ist jedoch nicht zu vergessen, dass einerseits das hier diskutierte Thema nur einen Teilaspekt der Diskussion zur Legalisierung von Cannabis abdeckt und dass zukünftige Studien vermutlich eine bessere Beurteilung von Cannabis vom rechtsmedizinischen Standpunkt zulassen werden.

Cannabis-Konsum und die Folgen für die forensisch-psychiatrische Begutachtung im Straf- und Familienrecht

Dr. med. Petra Schwitzgebel

I. Einleitung

Cannabis ist sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen und Heranwachsenden die am häufigsten konsumierte illegale Substanz.[1] Konsumenten im adoleszenten Alter suchen von selber zwar selten eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis auf, doch hat man es bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Begutachtung im Strafrecht immer wieder mit dieser Subgruppe zu tun. Nicht selten findet im Rahmen der Begutachtung der erste ärztliche Kontakt im Hinblick auf die Diagnostik einer Substanzmittelproblematik statt. Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung und Hyperaktivität (ADHS) tragen ein erhöhtes Risiko, früh und in deutlicherem Maße straffällig zu werden, und neigen dazu, Cannabis zu konsumieren und davon abhängig zu werden.[2] In Kenntnis dieser wissenschaftlichen Befunde wird deutlich, dass bei Jugendlichen, die im Auftrag der Staatsan-

[1] *Gomes de Matos/Alzendorf/Kraus/Piontek,* Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland, Sucht (2016), 62 (5), 271-281; European Monitoring Centre for Drugs an d Drug Addiction, ESPAD_report_2015: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, abrufbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf, S. 41-42 [Zugriff am 17.05.2017].

[2] *Rösler/Retz/Retz-Junginger et al.*, Prevalence of attention deficit disorder in male young adult prison inmates, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2004 (254), 365-371.

waltshaft oder der Strafgerichte begutachtet werden, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Cannabis-assoziierten Störungen zu rechnen ist.

Dabei besteht im Hinblick auf das Konsummuster bei diesen jungen Menschen aus Erfahrung der Autorin eine Tendenz zu frühem und regelmäßigem Konsum. Das heißt, man hat es hier mit einer Gruppe zu tun, die ein erhöhtes Risiko für substanzbezogene Störungen, auch neuropsychologischer und psychiatrischer Art, in sich trägt. Insofern ist bei jeder Begutachtung zu klären, wann der Cannabiskonsum begonnen hat, in welchem Ausmaß er vorliegt und welcher Zusammenhang zu psychosozialen Belastungen und sonstigen psychischen Störungen besteht.

Die Hirnentwicklung ist bei Jugendlichen und meist auch bei Heranwachsenden noch nicht abgeschlossen,[3] insbesondere, wenn ein ADHS vorliegt.[4] Gleichzeitig besteht bei ADHS-Betroffenen ein hohes Risiko, bereits in sehr jungen Jahren mit dem Konsum zu beginnen.[5] Das bedeutet, dass unter Umständen ein früher regelmäßiger Konsum eine noch nicht abgeschlossene Hirnentwicklung ungünstig beeinflussen kann. Es liegen Hinweise dafür vor, dass hierbei das Entstehen irreversibler Schädigungen nicht auszuschließen ist. Andererseits stellt sich die Frage, ob bestimmte Jugendliche eine erhöhte Vulnerabilität für Cannabiskonsum aufweisen und ob bestimmte neuropsychologische Defizite schon vor Konsumbeginn bestanden haben.[6]

Forensisch-psychiatrische Begutachtungen werden seitens der Justizbehörden dann in Auftrag gegeben, wenn Anhaltspunkte, entweder aus der angelasteten Tat oder aus der Persönlichkeit des Angeklagten, einen Hinweis liefern, dass bei ihm eine psychische Erkrankung vorliegen könnte. Dabei geht es meistens um die Begutachtung der Schuldfähigkeit, aber auch um die Frage, ob therapeutische Maßnahmen notwendig sind, um weitere Delinquenz zu verhindern. Im Jugendgerichtsgesetz (JGG), welches in Deutschland Anwendung findet bei allen 14-18-Jährigen und auch bei Heranwachsenden im Alter von 18-21 Jahren angewendet werden kann, spielt der „Erziehungsgedanke" eine wesentliche Rolle. § 2 JGG besagt, dass die Anwendung [des JGG] vor allem neuen Straftaten eines Jugendlichen oder Heranwachsenden entgegenwirken soll. Rechtsfolgen und das Verfahren selber sollen das elterliche Erziehungsrecht beachten und sich am Erziehungsge-

---

[3] *Konrad*, Strukturelle Hirnentwicklung in der Adoleszenz, in: Uhlhaas/Konrad (Hrsg.), Das adoleszente Gehirn, 2011, S. 124-138.

[4] *Castellanos/Lee/Sharp,* Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, Journal of the American Medical Association (2002), 288 (14), 1740-1748.

[5] *Sibley/Pelham/Molina et al.,* The role of early childhood ADHD and subsequent CD in the initiation and escalation of adolescent cigarette, alcohol and marijuana use, Journal of Abnormal Psychology (2014), 123 (2), 362-274.

[6] *Meier/Caspi/Ambler et al.,* Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (2012), 109 (40), E2657-E2664; *Pope/Gruber/Hudson et al.,* Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is nature of the association?, Drug and Alcohol Dependence (2003), 69 (3), 303-310.

danken ausrichten. Sachverständige haben im Jugendgerichtsverfahren auch die Funktion, aufgrund der Untersuchungsergebnisse beim einzelnen Jugendlichen und ihrer wissenschaftlichen Kenntnisse das Gericht im Hinblick auf die anzuordnenden Erziehungsmaßnahmen zu beraten, zu denen auch therapeutische Interventionen gehören können. Eine gute Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtshilfe, dem Gericht und der Bewährungshilfe ist hier erforderlich, um für den jungen Delinquenten eine Maßnahme zu finden, die einerseits von ihm akzeptiert wird sowie andererseits auch zielorientiert und vor allem durchführbar ist.

Ein weiteres Feld der forensisch-psychiatrischen Begutachtung stellen Gutachten zur Legalprognose dar. Dabei hat man es in der Regel mit Personen zu tun, die bereits inhaftiert sind oder im Maßregelvollzug einsitzen. Ein erneuter Substanzmittelkonsum kann hier einen entscheidenden ungünstigen Faktor darstellen, der die weitere Strafvollstreckung beeinflusst und darüber entscheidet, ob eine vorzeitige Entlassung aus der Haft oder der Maßregelvollzugsklinik möglich ist.

Cannabiskonsum spielt auch im Zusammenhang mit familienrechtlichen Begutachtungen eine Rolle. Dies betrifft Fragestellungen zur Ausübung der elterlichen Sorge und zur Wahrnehmung des Umgangsrechts. Im Fokus steht hierbei stets das Kindeswohl. Einen familienrechtlichen Aspekt, der nicht die Eltern, sondern einzig ihr Kind betrifft, stellen Unterbringungsverfahren nach § 1631b BGB dar. Eltern können die Unterbringung ihres Kindes in einer geschlossenen Klinik oder Jugendhilfeeinrichtung beantragen, wenn sie „zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung" erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise begegnet werden kann. Insofern ist es prinzipiell möglich, Jugendliche mit einer gravierenden Substanzmittelproblematik einer geschlossenen Unterbringung zuzuführen. Es versteht sich von selbst, dass eine solche Maßnahme nur als ultima ratio in Betracht kommt. Wenige kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Deutschland halten Plätze für einen qualifizierten Entzug auf einer geschlossenen Station vor. Jugendliche, bei denen ein solcher Schritt gegangen wird, weisen in der Regel Probleme in mehreren sozialen Bereichen auf. Nicht selten gehen Unterbringungen nach § 1631b BGB, die einen tiefen Einschnitt in die persönliche Freiheit eines Jugendlichen bedeuten, einer späteren Inhaftierung oder Unterbringung im Maßregelvollzug voraus. Sie sind oft das letzte Mittel, um einer absehbaren ungünstigen delinquenten Entwicklung entgegenzutreten.

Die Autorin wurde in den letzten beiden Jahren, wenn sie Jugendliche oder auch Heranwachsende zur Schuldfähigkeit oder zur geschlossenen Unterbringung begutachtet hat, immer wieder auf „die Legalisierung von Cannabis" (Sprachgebrauch der Jugendlichen) angesprochen. Für diese Jugendlichen bekommt Cannabis damit denselben Stellenwert wie Alkohol. Sie wissen sowohl bei Alkohol als auch bei Cannabis um die potentielle Schädlichkeit der Substanz und schlussfolgern, dass diese nicht so gravierend sein kann, wenn die Substanz „legal" ist. Sie hoffen, damit ihre delinquente Entwicklung verlassen zu können. Oft sind sie gut informiert und vertrauen darauf, dass sich eine Möglichkeit bietet, ihnen Cannabis zu verschreiben, weil sie zum Beispiel unter einem ADHS, erhöhter Impulsivität

oder starken Stimmungsschwankungen leiden. Viele Jugendliche und Heranwachsende im Begutachtungskontext sind bereit, auf Ecstasy, Crystal Meth und Spice zu verzichten, zumal viele von ihnen unangenehme Erfahrungen mit diesen Substanzen gemacht haben. Der Verzicht auf Alkohol und Cannabis fällt ihnen jedoch deutlich schwerer.

II. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit gemäß §§ 20, 21 StGB

1. Gesetzliche Vorgaben

Grundsätzlich geht das Recht im Normalfall bei einem erwachsenen Täter über 18 Jahren davon aus, dass uneingeschränkte strafrechtliche Verantwortlichkeit, also Schuldfähigkeit, besteht. Bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren bedarf es einer gesonderten Prüfung, ob gemäß § 3 JGG die dazu erforderliche sittliche und geistige Reife besteht. § 20 StGB sagt, dass „ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln". Diese vier Kriterien werden auch Eingangsmerkmale genannt. In § 21 StGB geht es um die Schuldminderung aus den in § 20 StGB genannten Gründen. Die im Gesetzestext genannten vier Eingangsmerkmale, also krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung (besonderer affektiver Ausnahmezustand), Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit, sind nicht identisch mit medizinischen Krankheitsbegriffen, wie sie in den gängigen Diagnosesystemen ICD10[7] und DSM-5[8] angewandt werden.

Die Begutachtung der Schuldfähigkeit sollte sich an den „Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten"[9] orientieren. Gutachten müssen dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden sowie nachvollziehbar und transparent sein. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bezieht sich immer auf den Zustand eines Angeklagten zum Tatzeitpunkt. Es ist Aufgabe des Sachverständigen, den psychopathologischen Befund zum Tatzeitpunkt zu objektivieren und den Schweregrad einer psychischen Störung zu erfassen. Angeklagte haben auch in der Begutachtung das Recht zu schweigen. Sie müssen zudem darüber aufgeklärt werden, dass ihre Angaben gegenüber dem Sachverständigen nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Dies kann mitunter dazu führen, dass der Sachverständige sich einzig auf die Aussagen von Zeugen und auf Aktenmaterial in seiner

[7] *Dilling/Mombour/Schmidt* (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.Auflage, 2015.

[8] *Falkai/Wittchen* (Hrsg.), Diagnostische Kriterien DSM-5, Deutsche Ausgabe, 2015.

[9] *Boetticher/Nedopil/Bosinski/Saß*, Mindestanforderungen an die Schuldfähigkeit, Neue Zeitschrift für Strafrecht (2005), 25 (2), 57-62.

Beurteilung stützen kann, was die Aussage des Gutachtens erheblich erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen kann.

Sachverständige müssen dem Gericht verständlich machen, ob eine eventuell vorliegende psychische Störung das Tatverhalten der zu begutachtenden Person (im folgenden Text auch „Proband" genannt) beeinflusst hat. Da die Begutachtung in der Regel Wochen, mitunter Monate nach einem Tatereignis stattfindet, ist der psychopathologische Zustand zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht repräsentativ, er kann jedoch ebenso wie die ausführliche anamnestische Befragung eines Probanden bedeutsame Hinweise für eine psychische Störung und eine Substanzmittelproblematik geben. Des Weiteren sollte der Gutachter vorhandenes Aktenmaterial sorgfältig auswerten. Angaben von Zeugen oder auch Angehörigen in der polizeilichen Vernehmung, Beobachtungen von Polizeibeamten, die unmittelbar nach der Tat Kontakt mit dem Angeklagten hatten, Jugendgerichtshilfeberichte und rechtsmedizinische/toxikologische Gutachten können hierzu wertvolle Anhaltspunkte liefern. Mit Einverständnis eines Probanden können auch ärztliche Unterlagen angefordert werden. Dabei steht es dem Sachverständigen zwar frei, wie er die maßgeblichen Informationen erhebt und welche Gesichtspunkte er für seine Bewertung für relevant hält, doch muss er immer auch auf Nachfrage begründen können, weshalb er eine bestimmte Methode gewählt oder auf sie verzichtet hat. Ein schriftliches forensisch-psychiatrisches Gutachten ist immer nur vorläufig. Grundlage für die richterliche Urteilsfindung ist das in der Hauptverhandlung mündlich erstattete Gutachten.

Wird seitens des Sachverständigen eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5 gestellt, ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob die Störung zum Tatzeitpunkt so schwerwiegend war, dass sie einem der vier Eingangsmerkmale zugeordnet werden kann. Ist dies der Fall, so ist anschließend festzustellen, ob dadurch die Fähigkeit des Angeklagten, das Unrecht des ihm angelasteten Handelns einzusehen, nicht mehr gegeben war, oder ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt oder gar aufgehoben war. Letztere umfasst dabei die Fähigkeit einer Person, einander entgegenstehende Vorstellungen und Handlungsalternativen abzuwägen, über mögliche Konsequenzen eines bestimmten Handelns nachzudenken und Handlungsanreize zu kontrollieren. All diese Schritte sind auch durchzuführen, wenn man es mit Cannabis-assoziierten Störungen zu tun hat.

2. Cannabisassoziierte Störungen und die Beurteilung der Schuldfähigkeit

a) Gelegentlicher Konsum von Cannabis

Gelegentlicher Konsum von THC-haltigen Substanzen erfüllt in den meisten Fällen nicht die ICD-10 Kriterien für schädlichen Gebrauch (F 12.1), denen zufolge „eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des

Konsumenten"[10] nachgewiesen werden muss. Insofern ist die erste Stufe der Schuldfähigkeitsbeurteilung nicht erfüllt, so dass sich weitere Überlegungen zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit erübrigen. Allerdings wird der Sachverständige, wenn Hinweise vorliegen, dass es bei dem Probanden im Längsschnitt zu einer Konsumsteigerung gekommen ist, auf ein entsprechendes Risiko hinweisen. Es obliegt sodann den beteiligten Behörden, dieses Thema aufzugreifen und gegebenenfalls Beratungs- oder Behandlungsmaßnahmen zu veranlassen.

b) Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis

Wie bereits eingangs erwähnt, ist Cannabis nicht nur weltweit, sondern auch in Deutschland, die am häufigsten konsumierte illegale Substanz.[11] Die Zahl von Behandlungen wegen Cannabis-assoziierten Störungen hat in den letzten Jahren zugenommen,[12] was allerdings nicht den Rückschluss erlaubt, dass die Zahl der behandlungsbedürftigen Probleme tatsächlich angestiegen ist: Durchaus kommt auch ein besseres Angebot an Behandlungsprogrammen für den Anstieg in Frage.

Ältere wie auch neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass ungefähr 1 % der Allgemeinbevölkerung die Kriterien für eine Cannabisabhängigkeit erfüllen.[13] Den Angaben der Drogenaffinitätsstudie von 2014 zufolge ist regelmäßiger Cannabiskonsum bei 3,3 % der 14-17-Jährigen und bei 5,5 % der Heranwachsenden nachweisbar.[14] Zu betonen ist die Bedeutung frühen Cannabiskonsums (vor dem Alter von 16 Jahren) für eine schnelle Abhängigkeitsentwicklung: Beginnt Cannabisgebrauch in der Adoleszenz, erhöht sich die Abhängigkeitsrate auf 17 %.[15] Bei täglichem Konsum während dieser Zeit erhöht sich die Abhängigkeitsrate auf 25-50 %. Kinder und Jugendliche mit erheblicher psychosozialer Belastung steigen nicht selten sehr früh (11-13 Jahre) in den Cannabiskonsum ein.[16] Jugendliche mit Cannabis-bezogenen Störungen, die sich in eine spezifische Behandlung begeben,

---

[10] *Dilling/Mombour/Schmidt* (Fn. 7).

[11] *Gomes de Matos/Alzendorf/Kraus/Piontek* (Fn. 1).

[12] *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBBD)*, Europäischer Drogenbericht: Trends und Entwicklungen, 2016, S.41-42.

[13] *Perkonigg/Lieb/Wittchen,* Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample, European Addiction Research (1998), 4, 58-66; *Kraus/Pabst/Gomes de Matos/Piontek*, Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin, IFT-Bericht Nr. 185, 2014, S. 36.

[14] *Orth/Töppich*, Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015, S.17-20.

[15] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.*, Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis, Deutsches Ärzteblatt (2015), (112) 16, 271-278.

[16] *Thomasius/Holtmann/Melchers et al.*, Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP, erarbeitet durch die Gemeinsame Suchtkommission zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016), 44 (29), 158-163.

weisen ein hohes Maß an psychiatrischen Komorbiditäten und psychosozialer Belastung auf.[17]

Diese Zahlen spiegeln sich in der jugendpsychiatrischen Begutachtung nach Erfahrung der Autorin wider: Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind meist in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe gewesen, da entweder die Eltern, die häufig selbst unter einer Abhängigkeitserkrankung leiden, mit der Erziehung der Kinder überfordert waren oder aber die Verhaltensstörungen der Kinder so schwerwiegend waren, dass eine frühe Jugendhilfemaßnahme implementiert wurde. Die schulische Laufbahn dieser jugendlichen Delinquenten ist häufig lückenhaft. Meist weisen sie eine erhebliche psychiatrische Komorbidität auf: Angefangen bei einer ADHS, über Störungen des Sozialverhaltens, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen, andere Substanzmittelprobleme und psychotische Symptome. Dies bedeutet, dass man es bei der Begutachtung von jugendlichen und heranwachsenden Cannabiskonsumenten mit einer Randgruppe besonders auffälliger und problembelasteter Jugendlicher zu tun hat, die neben einem Missbrauch oder sogar einer Abhängigkeit von Cannabis andere psychiatrische Diagnosen aufweisen. Alleiniger oder fast ausschließlicher Konsum von Cannabis mit Abhängigkeitssymptomen, wie man ihn bei Erwachsenen immer wieder antrifft, spielt bei Adoleszenten praktische keine Rolle bei der Begutachtung. In der Regel hat man es in der Praxis mit dem Konsum verschiedener Substanzen zu tun. Im Begutachtungsalltag steht der problematische Gebrauch von Cannabis in den letzten Jahren häufig im Vordergrund. Dabei spielen Alkohol- und Amphetaminkonsum eine wesentliche Rolle, andere Substanzen hingegen sind meist von untergeordneter Bedeutung.

Werden bei einem Probanden mehrere Diagnosen gestellt, können diese entweder für sich alleine oder in der Kombination geeignet sein, unter das erste oder das vierte Eingangsmerkmal (krankhafte seelische Störung bzw. schwere andere seelische Abartigkeit) subsumiert zu werden. Besteht ausschließlich Missbrauch/Schädlicher Gebrauch von Cannabis, so ist dieser selten geeignet, unter ein Eingangskriterium subsumiert zu werden. Liegt hingegen eine Abhängigkeit vor, so schlägt die Autorin vor,[18] diese Störung bei jungen Probanden im Hinblick auf die noch nicht abgeschlossene Hirnreifung und unter Berücksichtigung von toxischen Einflüssen durch Cannabis auf das jugendliche Gehirn unter das Merkmal einer krankhaften seelischen Störung zu subsumieren. In einem nächsten Schritt ist dann zu prüfen, ob eventuell eine Intoxikation, ein Entzugssyndrom oder die Notwendigkeit, die eigene Versorgungslinie mit Substanzen aufrechtzuerhalten, um Entzugssymptomen vorzubeugen, vorgelegen hat. Diese Fragestellung ergibt sich bei

---

[17] *Thomasius/Holtmann*, Sind Jugendschutz und Cannabisfreigabe miteinander vereinbar? Die Legalisierungsdebatte aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016), 44 (29), 95-100.

[18] S*chwitzgebel*, Die Begutachtung der Schuldfähigkeit bei Jugendlichen und Heranwachsenden, in: Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen, DVJJ (Hrsg.), Jugend ohne Rettungsschirm. Herausforderungen annehmen, 2015, S. 447-460.

Delikten, die der Betäubungsmittelkriminalität (Erwerb und Handel mit Betäubungsmitteln) und der so genannten Beschaffungskriminalität zuzuordnen sind, also in der Regel Diebstähle oder sonstige Eigentumsdelikte. Aber auch schwerere Delikte wie Raubstraftaten oder Körperverletzungen werden in Zusammenhang mit der Notwendigkeit, sich Mittel für den Erwerb von Betäubungsmitteln zu verschaffen, begangen.

Dabei ist sorgfältig zu prüfen, wie schwer das Ausmaß der Abhängigkeit war, in welcher psychosozialen Situation sich der Angeklagte befand und durch welche Mittel er sich ansonsten seinen Konsum ermöglichte. Personen, die noch einer regelmäßigen Berufstätigkeit oder Ausbildung nachgehen können bzw. die Schule ohne Fehlzeiten und ohne nennenswerte Leistungseinbußen besuchen, sind in der Regel in der Lage, sich Substanzen aus eigenen finanziellen Mitteln zu beschaffen. Sie sind imstande, die Beschaffung ihrer Substanzen rechtzeitig abzusehen und dementsprechende Handlungsschritte einzuleiten. Bei schwerer Abhängigkeit sind diese Fähigkeiten häufig nicht mehr gegeben und die Beschaffung von Substanzen verläuft zunehmend auf impulsive Art und Weise. Das Bedürfnis eines Probanden, die eigene Versorgungslinie mit Cannabis aufrechtzuerhalten, da Entzugssymptome zu erwarten sind, kann in einigen Fällen zur Empfehlung an das Gericht führen, eine Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit anzunehmen. Aufgabe des Sachverständigen ist es, dem Gericht den Zusammenhang zwischen Schwere des Delikts und Schwere der Substanzmittelproblematik aufzuweisen. Die Entscheidung, ob eine erheblich beeinträchtigte Steuerungsfähigkeit und somit verminderte Schuldfähigkeit angenommen werden kann, obliegt letztendlich dem Gericht.

c) Intoxikationen und Entzugssyndrome von Cannabis

Akute Intoxikationen mit Cannabis spielen eher selten eine Rolle bei Begutachtungen im Strafrecht. Wenn aktives Cannabis im Blut nachgewiesen wird oder Metaboliten von THC im Urin, dann handelt es sich nach Erfahrung der Autorin meist um geringe Mengen. Selten hat man es mit hohen Mengen zu tun, bei denen man tatsächlich an einen Intoxikationszustand denken müsste. Überwiegend geht es dabei um Mischintoxikationen. In günstigen Fällen liegen neben der subjektiv gefärbten Erinnerung des Probanden, wenn nicht eine Teilamnesie für den Rauschzustand besteht, Zeugenbeobachtungen vor, die einen Hinweis geben können, ob typische Symptome wie Euphorie, Enthemmung, Agitiertheit, ein verändertes Zeiterleben, Aufmerksamkeitsstörungen oder gar paranoide Vorstellungen und halluzinatorische Erlebnisse eine Rolle spielten.[19] Auch wenn letztere selten sind, müssen diese dennoch sorgfältig geprüft werden, da es gerade unter dem Einfluss von Realitätsverkennungen zu schweren Straftaten kommen kann. Insofern können, wenn auch nicht allzu häufig, bei Intoxikationen mit Cannabis durchaus Zustände vorkommen, die die Steuerungsfähigkeit und sehr selten die Einsichtsfähigkeit tangieren.

[19] *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.* (Fn. 15).

Ein alleiniges Entzugssyndrom von Cannabis, welches gekennzeichnet ist durch psychische Beschwerden wie erhöhte Reizbarkeit/Aggressivität, Nervosität, Ängstlichkeit, Schlafschwierigkeiten, Appetitminderung, gedrückte Stimmung sowie vegetative Symptome,[20] spielt bei der Begutachtung der Schuldfähigkeit de facto keine Rolle. Manchmal hat man es bei Polytoxikomanie mit einem Entzugssyndrom zu tun, welches in seltenen Fällen zu einer Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit führen kann. Allerdings spielt ein solches in den Haftanstalten durchaus eine Rolle und wird in der Regel, wenn der Proband sich Hilfe holt, vom Sanitätsdienst dokumentiert. Es ist wichtig, im Rahmen der Begutachtung mit Einverständnis des Probanden diese Befunde einzusehen, da sie einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß des Konsums geben und Anhaltspunkte für eine Behandlungsnotwendigkeit untermauern können.

d) Cannabis-assoziierte Psychosen

Aus heutiger wissenschaftlicher Sicht kann davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und dem Ausbruch von Psychosen besteht. Wer jemals Cannabis konsumiert hat, trägt ein höheres Risiko in sich, eine Psychose zu entwickeln, wobei Cannabis nicht als alleinige Ursache betrachtet wird, sondern nur im Zusammenwirken mit anderen psychosozialen Faktoren einen Einfluss auf den Ausbruch der Erkrankung hat.[21] Cannabiskonsum führt zu einem früheren Ausbruch der Erkrankung.[22] Noch ist unklar, welche neurobiologischen Veränderungen hierfür verantwortlich gemacht werden können.

Schizophrene Psychosen sind gekennzeichnet durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken (z.B. Denkzerfahrenheit) und Wahrnehmung (z.B. Wahnwahrnehmung, Wahneinfälle, Beeinflussungserleben und Halluzinationen) sowie inadäquate oder verflachte Affektivität.[23] Im weiteren Krankheitsverlauf kann es zu erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit kommen. Die Störung kann akut beginnen mit schwer gestörten Verhaltensweisen oder schleichend verlaufen. Der Verlauf zeigt bei Betroffenen große Unterschiede. Für die Diagnosestellung ist das Vorhandensein einer gewissen Anzahl aus Symptomgruppen erforderlich. Wenn Symptome weniger als einen Monat bekannt sind, spricht man von einer akuten schizophreniformen psychotischen Störung, bei längerer Dauer von Schizophrenie. Die ICD-10 unterscheidet paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenien.[24] DSM-5 hat diese klassi-

---

[20] *Falkai/Wittchen* (Fn. 8).

[21] *Moore/Zammit/Lingford-Hughes et al.,* Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, Lancet (2007), 370 (9584), 319-328; *Radhakrishnan/Wilkinson/Souza,* Gone to pot-a review of the association between cannabis and psychosis, Frontiers of Psychiatry (2014), 5 (54).

[22] *Large/Sharma/Compton et al.*, Cannabis use and earlier onset of psychosis, Archives of General Psychiatry (2011), 68 (5), 555-561.

[23] *Dilling/Mombour/Schmidt* (Fn. 7).

[24] *Dilling/Mombour/Schmidt* (Fn. 7).

schen Subtypen der Schizophrenie abgeschafft.[25] Beim Vorliegen psychotischer Symptome ist auch an schizoaffektive Störungen zu denken, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome vorliegen.

Das Konzept der drogeninduzierten Psychosen ist umstritten. In Kenntnis der o.g. Kriterien ist am ehesten davon auszugehen, dass durch Substanzen der Ausbruch einer Psychose getriggert wird. Nach ICD-10 kann eine psychotische Störung durch Substanzmittelkonsum (bei Cannabiskonsum: Diagnosenummer F 10.5) diagnostiziert werden, wenn während oder unmittelbar nach dem Konsum eine schizophreniforme Symptomatik auftritt. Die Störung geht typischerweise innerhalb eines Monats zumindest teilweise, innerhalb von 6 Monaten vollständig zurück. Eine verzögert auftretende psychotische Störung kann unter F 12.7 eingeordnet werden. Diese Störung ist allerdings sehr schwer zu unterscheiden von durch Drogenkonsum maskierten psychotischen Symptomen. Die Unterscheidung, ob eine Psychose durch Substanzen ausgelöst wurde oder ob schon von Schizophrenie ausgegangen werden muss, spielt vor Gericht eine große Rolle: Handelt es sich um eine nur vorübergehende Störung, liegt keine dauerhafte seelische Erkrankung vor, die die medizinische Grundlage für eine Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB darstellt.

Psychotische Syndrome spielen bei der strafrechtlichen Begutachtung eine große Rolle. Dabei hat man es mit schweren Gewaltdelikten, Brandstiftungen, Verkehrsdelikten, aber auch sexuellen Übergriffen zu tun. Bei der Begutachtung der Schuldfähigkeit ist, wie oben dargestellt, stets auf die individuelle Symptomatik zum Tatzeitpunkt abzustellen. Ein konkreter Bezug der psychotischen Symptomatik zum angelasteten Tatgeschehen ist durch den Sachverständigen aufzuzeigen. Besteht kein Zusammenhang zwischen psychotischer Symptomatik und Tat, ist von uneingeschränkter Schuldfähigkeit auszugehen. Im Hinblick auf die prognostische Einschätzung ist die Beurteilung der Symptomatik während der Begutachtung von erheblichem Interesse. Dabei kommt der Erhebung der sozialen Funktionsfähigkeit eine wichtige Bedeutung zu.

Im akuten Schub einer Psychose mit schizophrener Symptomatik, gleich ob dies im Rahmen einer vorübergehenden psychotischen Symptomatik, ausgelöst durch Substanzmittelkonsum oder im Rahmen einer Schizophrenie vorkommt, besteht aufgrund des gestörten Realitätsbezuges durch Wahnwahrnehmungen und Halluzinationen in der Regel keine Unrechtseinsichtsfähigkeit. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage, zwischen Recht und Unrecht zu reflektieren und Handlungsalternativen sinnvoll abzuwägen. Ihr Normengerüst kann verändert sein. In der Regel ist die Frage nach der Schuldfähigkeit so zu beantworten, dass aufgrund aufgehobener Einsichtsfähigkeit Schuldunfähigkeit gemäß § 20 StGB besteht.

Bei hebephrenen Psychosen, bei denen neben Symptomen einer Enthemmung eine sogenannte Minussymptomatik (Antriebsmangel, Affektverflachung, Auf-

[25] *Falkai/Wittchen* (Fn. 8).

merksamkeitsstörungen, Mangel an Spontaneität und Initiativeergreifung, sozialer Rückzug) bestehen kann, sind ebenso wie bei Residualzuständen in der Regel die Voraussetzungen für eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit gegeben. Die Einsichtsfähigkeit ist üblicherweise erhalten. Bei den Betroffenen bestehen schwerwiegende Einbußen der Kritikfähigkeit, der adäquaten Selbsteinschätzung, der Impulskontrolle und des verinnerlichten Wertgefüges. Zu überprüfen ist, ob diese Einbußen außer beim angelasteten Delikt auch in anderen sozialen Situationen eine Rolle gespielt haben. Nur dann ist es gerechtfertigt, von beeinträchtigter Steuerungsfähigkeit auszugehen. Die Einschätzung, ob die Steuerungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt war, fällt in den Bereich der juristischen Bewertungskompetenz. Der Sachverständige sollte hierfür Anhaltspunkte in seinem Gutachten herausarbeiten.

Somit ist für Psychosen festzuhalten, dass die Einschätzung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit sich nicht daran orientiert, welche Unterform einer Psychose zu diagnostizieren ist, sondern welche Funktionsbeeinträchtigungen in welchem Ausmaß vorliegen.

In der Begutachtungspraxis sind sogenannte Doppeldiagnosen, d.h. das Vorliegen einer Substanzmittelabhängigkeit und einer schizophrenen Psychose, keine Seltenheit. In der Regel handelt es sich um Probanden, die eine schizophrene Psychose entwickelt haben und fortdauernd Substanzen, in den meisten Fällen Cannabis, konsumieren. Dabei geht es in der Regel nicht um gelegentlichen Konsum, sondern um eine Abhängigkeit von dieser Substanz. Cannabis wird von manchen dieser Probanden konsumiert, um unangenehme psychische Symptome zu lindern. Diese Probanden sind in der Regel schwerer beeinträchtigt. Dementsprechend wird man bei ihrer Begutachtung zur Schuldfähigkeit in vielen Fällen zu der Einschätzung kommen, dass ihre Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt, wenn nicht gar aufgehoben war.

III. Cannabiskonsum und forensische Prognose

1. Unterbringungsverfahren nach den §§ 63 und 64 StGB

Bei der Begutachtung von schweren Gewaltstraftaten ist durch den Sachverständigen die Frage zu beantworten, ob die medizinischen Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer (geschlossenen) Entziehungsanstalt (§ 64StGB) oder in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) vorliegen. Es handelt sich hierbei um Maßregeln der Besserung und Sicherung.

a) Die Unterbringung in einer Entwöhnungsanstalt gemäß § 64 StGB

Voraussetzung für die Anordnung gemäß § 64 StGB durch das Gericht ist ein bestehender innerer Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitserkrankung, die in der juristischen Terminologie als Hang, berauschende Stoffe im Übermaß zu

sich zu nehmen, bezeichnet wird, und der Straftat sowie eine prognostische Einschätzung, dass aufgrund des Hanges ein erhöhtes Risiko für weitere ähnliche schwerwiegende Delikte oder Betäubungsmitteldelikte anzunehmen ist. Wegen Bagatelldelikten wird eine solche einschneidende Maßnahme nicht angeordnet. Die Erfolgsaussichten einer Therapie müssen vom Sachverständigen eingeschätzt werden. Nur wenn „hinreichend konkrete Erfolgsaussichten" (§ 64 StGB) bestehen, kann die Anordnung einer solchen Maßregel erfolgen. Das bedeutet vor allem, dass gerade bei älteren Personen, die schon mehrere Entwöhnungsbehandlungen hinter sich haben und die in der Vergangenheit schnell rückfällig wurden, die Erfolgsaussichten zu verneinen sind, insbesondere wenn die Betroffenen einer Therapie gegenüber negativ eingestellt sind. Andererseits hat man nicht selten Probanden vor sich, die wiederholt Entwöhnungstherapien nach wenigen Tagen abgebrochen haben. Gerade bei solchen Betroffenen kann es durchaus Sinn machen, die Therapie nun im geschlossenen Rahmen durchzuführen. Der Einschätzung der therapeutischen Beeinflussbarkeit einer Substanzmittelabhängigkeit durch den Sachverständigen kommt eine hohe Bedeutung zu, auch um Fehleinweisungen in den Maßregelvollzug zu vermeiden. In der Begutachtungspopulation der Autorin, in der sich überwiegend junge Menschen im Alter von 16-25 Jahren befinden, führen Cannabisabhängigkeiten, manchmal begleitet vom Konsum anderer Substanzen, mittlerweile häufiger als alle anderen Substanzmittelabhängigkeiten zur Unterbringung in eine Entziehungsanstalt oder zur Empfehlung, sich einer Therapie in einer Rehabilitationsklinik zu unterziehen.

Die Dauer einer Unterbringung gemäß § 64 StGB ist auf zwei Jahre begrenzt. Ob ein Vorwegvollzug einer zusätzlich verhängten Freiheitsstrafe durchgeführt wird, hängt von der Dauer der Strafe ab und ist gesetzlich in § 67d StGB geregelt. Gerade bei jungen Probanden oder Personen, die sich noch nie einer stationären Behandlung unterzogen haben, stellt sich vor Gericht die Frage, ob Alternativen zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vorhanden sind: Kann eine stationäre Therapie durch eine ambulante Rehabilitation oder Drogenberatung oder durch die Aufnahme in eine Fachklinik zur stationären Rehabilitation ersetzt werden, so dass eine Aussetzung der Maßregel nach § 67b StGB möglich ist? Im Jugendalter kommt mitunter eine suchtspezifische Jugendhilfemaßnahme in Betracht. Es ist immer zu berücksichtigen, dass eine Maßnahme gefunden wird, die auch dem Alter der Betroffenen gerecht wird. Einige wenige Bundesländer (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern) halten für diese junge Altersgruppe Maßregelvollzugseinrichtungen für die Entwöhnung nach § 64 StGB bereit. Die Unterbringung von Jugendlichen oder Heranwachsenden zur Erstbehandlung in einer Maßregelvollzugseinrichtung, in der sie gemeinsam mit erwachsenen, „erfahrenen" Straftätern untergebracht werden, wird seitens der Autorin sehr kritisch gesehen.

Stellt ein Gericht in seinem Urteil fest, dass eine Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit eines Straftäters begangen wurde, so besteht nach der Zurückstellungsregelung der §§ 35 ff. BtMG eine Therapiemöglichkeit für Straftäter, sofern ein Antrag erfolgt. Voraussetzung ist, dass nach rechtskräftiger Verurtei-

lung die vollstreckbare Freiheits- oder Jugendstrafe ein Strafmaß von zwei Jahren nicht überschreitet und die Straftaten aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurden. Prognostische Gesichtspunkte dürfen bei der richterlichen Entscheidung über die Zurückstellung gemäß § 35 BtMG keine Rolle spielen.

b) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB

Unterbringungen nach § 63 StGB sind im Gegensatz zu solchen in einer Entziehungsanstalt nicht zeitlich befristet. Sie stellen gravierende Eingriffe in die Freiheit eines betroffenen Straftäters da. Diese Unterbringungen finden in gesicherten Maßregelvollzugseinrichtungen statt. Die Frage der Fortdauer wird einmal im Jahr durch die Strafvollstreckungskammer des zuständigen Landgerichts, bei nach Jugendgerichtsgesetz verurteilten Jugendlichen und Heranwachsenden durch den Vollstreckungsleiter (Jugendrichter) des zuständigen Amtsgerichts überprüft.

§ 63 StGB kann nur angeordnet werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB positiv festgestellt werden. Kommt das Gericht zu dem Schluss, dass vom Angeschuldigten aufgrund der Gesamtwürdigung seines Zustandes mit weiteren erheblich rechtswidrigen Taten zu rechnen ist, durch welche Opfer seelisch und körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, und er somit „für die Allgemeinheit gefährlich“ ist, kann die Unterbringung in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus erfolgen.

Aufgabe des Sachverständigen ist neben der zunächst vorzunehmenden Einschätzung der Schuldfähigkeit das ausführliche Erörtern des bisherigen Krankheitsverlaufs zu der Frage, ob eine seelische Dauererkrankung vorliegt, und der Bereitschaft eines Probanden, sich behandeln zu lassen und Weisungen zu befolgen. Im Hinblick auf die Einschätzung der Legalprognose sind noch weitere Faktoren wichtig, die seitens des Sachverständigen herauszuarbeiten sind. Dazu gehört die Darstellung der bisherigen Delinquenz, die Einstellung zu Substanzmittelkonsum und die Fähigkeit, abstinent von Alkohol und Drogen zu leben, die Einstellung zur Tat sowie das Aufzeigen der sozialen Bedingungsfaktoren einschließlich evtl. Unterstützungsmöglichkeiten durch das soziale Umfeld. Es ist anschließend durch das Gericht zu prüfen, ob nach § 67b StGB die Maßregel mit der Anordnung ausgesetzt werden kann. Der Sachverständige soll dabei das Gericht beraten, ob eine ambulante Behandlung, die neben einer medikamentösen Behandlung auch sozialpsychiatrische Maßnahmen einschließt, die Maßregel, die einen gravierenden Einschnitt in die Freiheit eines Menschen bedeutet, ersetzen kann. Bei schweren Gewaltdelikten, z.B. Tötungsdelikten, kommt eine Aussetzung in der Regel nicht in Frage.

Im Hinblick auf Cannabis-assoziierte Störungen spielen in diesen Unterbringungsverfahren überwiegend schizophrene Psychosen eine Rolle. Im Zustand einer akuten Psychose mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen kann es zu schweren Gewaltstraftaten inklusive Tötungsdelikten, Brandstiftungen und auch Straftaten

gegen die sexuelle Selbstbestimmung kommen. Wenn ein Proband nicht in der Lage ist, seinen Drogenkonsum zu stoppen und ambulant abstinent zu bleiben, ist das Risiko, dass eine Psychose nicht remittiert beziehungsweise wieder exazerbiert, als hoch zu betrachten. Insofern kommt hier der psychiatrischen Expertise erhebliches Gewicht zu. Richtungsweisend kann hier sein, dass ein Proband während einer ambulanten Begutachtung positive Drogenscreenings aufweist oder während einer einstweiligen Unterbringung im Maßregelvollzug i.S.d. § 126a StPO, versucht, Substanzen zu konsumieren. In diesen Fällen wird man Zweifel an der Möglichkeit einer Aussetzung der Maßregel nach § 67b StGB hegen müssen. Kann eine angeordnete Maßregel direkt zur Bewährung ausgesetzt werden, erhält ein Proband mit einer Substanzmittelproblematik in der Regel auch die Bewährungsauflage, Drogenabstinenz nachzuweisen, sei es durch Urinkontrollen oder eine Haaranalyse.

2. Gutachten zur Legalprognose

Prognosegutachten sind erforderlich bei Entlassung aus lebenslanger Haft (§ 57a StGB i.V.m. § 454 StPO), bei der Entlassung aus dem Maßregelvollzug (§ 67d Abs. 2 ff. StGB) und bei der Entscheidung über die Aussetzung von Reststrafen bei Verurteilungen zu Freiheitsstrafen von über zwei Jahren bei Sexual- und anderen gefährlichen Straftätern (§ 57 StGB i.V.m. § 454 StPO). In § 463 Abs. 4 StPO ist geregelt, in welchen Abständen bei nach § 63 StGB Untergebrachten Gutachten einzuholen sind.

Die Begutachtung der Legalprognose stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz eines Sachverständigen. Auch hierzu liegen analog der Schuldfähigkeitsbegutachtungen Mindestanforderungen für Prognosegutachten vor, die Empfehlungscharakter haben.[26] Die Begutachtung umfasst ein ausführliches Studium von Gerichtsakten, Vollstreckungsheften, Unterlagen der Maßregelvollzugsklinik oder der Justizvollzugsanstalt sowie eine ausführliche Exploration des Untergebrachten oder Inhaftierten. Es gehört zum heutigen Standard, dass Prognoseinstrumente Anwendung finden.[27]

Zu begutachtende Maßregelvollzugspatienten können sich in ganz unterschiedlichen Stadien der Maßregelvollzugsbehandlung befinden. Man hat es mit Patienten zu tun, die im Hochsicherheitsbereich untergebracht sind, mit Patienten, die sich bereits auf einer Rehabilitationsstation befinden und dort über weitgehende Lockerungen oder schon über den Freigängerstatus verfügen, und mit Patienten, die sich außerhalb der Maßregelvollzugsklinik, meist in einer Einrichtung, zur Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Maßregelvollzug erproben. Die Einbeziehung von Angehörigen oder Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich die Probanden aufhalten, ist nicht zwingend, kann jedoch aufschlussreich sein. Dabei ist

[26] *Boetticher/Kröber/Müller-Isberner et al.,* Mindestanforderungen für Prognosegutachten, Neue Zeitschrift für Strafrecht (2006), 10, 537-544.

[27] *Boetticher/Kröber/Müller-Isberner et al.* (Fn. 26).

jeweils zu beachten, in welchen Fällen Schweigepflichtsentbindungen einzuholen sind.

Der mit der Prognosebegutachtung beauftragte Sachverständige muss sich bei bekanntem Cannabiskonsum mit dem Ausmaß und der Dauer des Konsums, vor und während der Inhaftierung/Unterbringung, insbesondere bei Lockerungen und Dauererprobungen, mit der aktuellen Einstellung des Probanden zu Drogen, substanzmittelinduzierten Störungen und durchgeführten Therapien auseinandersetzen. Insbesondere in Situationen, in denen einem Untergebrachten mehr Freiheiten gewährt werden, ist die Gefahr eines Substanzmittelrückfalls hoch. Dabei werden die Substanzen, die am leichtesten zu beschaffen sind, bevorzugt.

Ergebnis einer Prognosebegutachtung bei Inhaftierten, die einen günstigen Haftverlauf aufweisen, kann die Empfehlung sein, eine vorzeitige Haftentlassung mit der Auflage zu verknüpfen, sich in eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung der Suchthilfe zu begeben bzw. sich Urinkontrollen oder einer Haaranalyse zu unterziehen. In diese Überlegungen ist mit einzubeziehen, in welches Milieu ein Inhaftierter oder Untergebrachter entlassen wird: Werden im familiären Umfeld Substanzen konsumiert oder arbeitet der Proband in einer Diskothek, wird er vermutlich rasch wieder Zugang zu Substanzen haben. Die Gefahr eines Rückfalls nach einer Haftentlassung ist dann als erhöht einzuschätzen.

Prinzipiell gilt, dass ein strukturierter Tagesablauf das Rückfallrisiko für erneute Delinquenz verhindert. So gehört es zum Selbstverständnis forensisch-psychiatrischer Arbeit, während der Maßregelvollzugsbehandlung mit den Untergebrachten ein Konzept für die Alltagbewältigung nach der Entlassung zu entwickeln, welches auch die Themen Arbeiten und Wohnen miteinschließt. Der Sachverständige wird in der Regel gebeten, sinnvolle Auflagen für die Zeit nach der Entlassung zu benennen. Bei Menschen mit einer psychiatrischen Störung umfasst dies in der Regel die medikamentöse Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie. In Bundesländern, die forensisch-psychiatrische Ambulanzen vorhalten, sind die Entlassenen vorzugsweise dort zu betreuen. Darüber hinaus können Empfehlungen zur sozialpsychiatrischen Weiterbetreuung (z.B. Aufnahme in eine betreute Wohngruppe) und insbesondere auch zur Kontrolle möglichen Drogenkonsums gegeben werden.

Jeder erneute Konsum von Substanzen, insbesondere des leicht zu erwerbenden Cannabis, begünstigt das erneute Abgleiten in regelmäßigen Konsum oder gar eine Abhängigkeit. Damit wächst wiederum die Gefahr, entweder Betäubungsmittel- oder sogenannte Beschaffungsmitteldelikte zu begehen, um den eigenen Substanzmittelkonsum finanzieren zu können. Bei Probanden mit bekannter Psychose ist die Gefahr eines erneuten psychotischen Schubs und somit auch von Gewaltdelikten hoch.

IV. Cannabis und Jugendstrafrecht

Das Jugendgerichtsgesetz (JGG) regelt das formelle Jugendstrafrecht. Dieses ist vom Erziehungsgedanken geprägt, vgl. § 2 JGG. Mit unterschiedlichen Sanktionsmitteln soll erzieherisch auf jugendliche Delinquenten eingewirkt werden, um einer erneuten Straffälligkeit entgegenzutreten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass sich Jugendliche noch in einer Reifungsphase befinden und prägbar sind.[28] Straffälligkeit in dieser Altersperiode bedeutet noch nicht, dass Jugendliche zwangsläufig weitere Delikte begehen werden.[29]

1. Die Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit nach § 3 JGG bei Cannabiskonsumenten

§ 3 S. 1 JGG besagt: „Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln."

In der überwiegenden Zahl der Fälle, d.h. bei weniger schwerwiegenden Delikten, wird die Beurteilung der Strafreife durch Juristen vorgenommen, ohne einen Sachverständigen beizuziehen. Dies stellt in der Regel auch kein Problem dar. Bei gravierenderen Delikten, wenn ein Jugendlicher die Altersgrenze von 14 Jahren zum Tatzeitpunkt nur geringfügig überschritten hat oder wenn Hinweise bestehen, dass er bei der polizeilichen Vernehmung einen unreifen Eindruck hinterließ oder unter dem Einfluss von älteren Personen handelte, wird häufig ein Sachverständiger zur Beurteilung hinzugezogen. Während die Feststellung der geistigen Reife unter Einbeziehung des klinischen Eindrucks, Durchführung einer Intelligenzdiagnostik und unter Berücksichtigung von Schulzeugnissen operationalisierbar ist, stellt sich die Einschätzung der sittlichen Reife für den Sachverständigen deutlich komplexer dar. Unter sittlicher Reife wird nach *Ostendorf* eine emotionale Verankerung der Einsicht in das Verbotensein einer Handlung verstanden.[30] Die Beurteilung muss sich dabei immer auf eine konkrete Tathandlung beziehen.

Probanden, die zur Frage der strafrechtlichen Verantwortungsreife begutachtet werden, weisen in der Regel einige kinderpsychiatrische Auffälligkeiten auf wie eine ADHS und in ihrer Vorgeschichte Schulleistungsprobleme und Entwicklungsverzögerungen. Bei den zur Diskussion stehenden Delikten stehen Körperverletzungen und Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Vordergrund. Unreife-

---

[28] Übersicht in: Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (Hrsg.), Zum Erziehungsgedanken im Jugendstrafrecht, 2008, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/blob/408078/b40ab56035eded6af31a10cf73ddef48/wd-7-015-08-pdf-data.pdf [Zugriff am 17.05.2017].

[29] *Remschmidt/Walter*, Die Bedeutung psychosozialer Risikofaktoren für die Entwicklung der Delinquenz, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (2009), 92, 187-205.

[30] *Ostendorf*, Gutachten zum Jugendgerichtsgesetz - rechtliche Grundlagen, in: Lempp/Schütze/Köhnken (Hrsg.), Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters, 2003, S. 135-146.

zustände, die auf eine gravierende psychopathologische Entwicklung zurückzuführen sind, werden nach den §§ 20, 21 StGB behandelt.

Nur in seltenen Fällen hat man es bei dieser gutachterlichen Fragestellung mit Jugendlichen zu tun, die bereits gelegentlich Cannabis konsumiert haben. Anders ausgedrückt: Jugendliche mit einer frühen Cannabisproblematik fallen eher nicht durch Unreife auf. Hingegen hinterlassen sie bei den Personen, die im Rahmen ihrer Profession mit diesen Jugendlichen zu tun haben, eher den Eindruck der „Frühreife". Sie sind in ihrer Biographie häufig schon früh mit Themen der Erwachsenenwelt konfrontiert worden, ein großer Teil der Spielregeln dieser Welt, zumindest innerhalb einer bestimmten Subkultur, ist diesen Jugendlichen geläufig. Von daher ist nachvollziehbar, dass die Anregung, diese Jugendlichen auf ihre Reife nach § 3 JGG hin zu untersuchen, selten erfolgt.

2. Die Anwendung von Jugendstrafrecht gemäß § 105 JGG unter Berücksichtigung von Cannabiskonsum

Wenn 1. die Gesamtwürdigung eines (heranwachsenden) Täters ergibt, dass er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand, oder es sich 2. nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt, kann der Richter bzw. das Gericht diesen jungen Menschen wie einen Jugendlichen vor Gericht behandeln.

Erkenntnisse der Hirnforschung belegen, dass es in der Adoleszenz, die das Jugend- und Heranwachsendenalter erfasst, zu einem weitgehenden Umbau im limbischen System des Gehirns kommt.[31] Dieses ist zuständig für Bewertungen im Rahmen der moralischen Entwicklung und für die Regulation von Emotionen. Das limbische System reift früher aus als präfrontale Strukturen,[32] die für die Kontrolle, Steuerung und Handlungsplanung zuständig sind. Das bedeutet, dass Belohnungs- und emotionale Reize, zu denen der Konsum von Alkohol und Drogen, schnelles Autofahren, Sexualität und Online-Gaming gehören, zu einer hohen Aktivierung des limbischen Systems führen, ohne dass in dieser Reifungsperiode eine ausreichende Steuerung durch höhere, kortikale Funktionen im Stirnhirn erfolgt.

Es besteht eine Varianz bezüglich der Dauer des Umbaus der Hirnstrukturen. So trifft man im Alltag auf junge Menschen, die zu herausragenden Erfolgen in Schule, Studium und Sport in der Lage sind und wenig abgelenkt erscheinen durch Aktivitäten, die eine schnelle Belohnung versprechen. Diese „unauffälligen" Heranwachsenden wird man vor Gericht nur in sehr seltenen Fällen als Angeklagte antreffen. Jugendliche und Heranwachsende vor Gericht weisen in der Regel ganz andere Biographien auf: Sie haben eine hohe psychosoziale Belastung, haben Lern- und Schulleistungsprobleme und wurden in vielen Fällen bereits kinder- und ju-

[31] *Konrad/Firk/Uhlhaas*, Hirnentwicklung in der Adoleszenz, Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase, Deutsches Ärzteblatt (2013), 110 (25), 425-439.

[32] *Konrad/Firk/Uhlhaas* (Fn. 31).

gendpsychiatrisch behandelt. Nicht selten wurden sie bereits im Kindesalter erstmals straffällig. Einige wurden Opfer von Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Die beiden letztgenannten Belastungen können ebenso wie frühe Vernachlässigung und emotionale Misshandlung zu frühen Hirnveränderungen führen.[33] Junge Menschen mit früher Traumatisierung sind in erhöhtem Maße stressintolerant, was wiederum das Risiko, Substanzen zu konsumieren, erhöht.[34] Alles in allem bedeutet dies, dass man bei Heranwachsenden, die zur Begutachtung vorgestellt werden, mit einer erhöhten Rate an psychischen Erkrankungen und Substanzmittel-induzierten Störungen rechnen muss.

Rauschgiftdelikte machen einen großen Teil der Delikte in dieser Gruppe aus. Ungefähr bei einem Viertel aller Ermittlungsverfahren wegen Rauschgiftdelikten kommen Heranwachsende als Täter in Frage.[35] Insofern wird deutlich, dass Cannabiskonsum bei Heranwachsenden vor Gericht eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

Die Behandlung nach Jugendgerichtsgesetz ist für die Angeklagten deshalb von immenser Bedeutung, da im Jugendstrafrecht gemäß § 105 JGG, Abs. 3 für Heranwachsende eine Höchststrafe von 10 Jahren, bei Mord von 15 Jahren festgeschrieben ist. Eine sehr hohe Freiheitstrafe kommt sowieso nur bei schwersten Delikten in Frage. Die Anforderungen an die Verhängung einer Jugendstrafe ist im Jugendstrafrecht höher als bei der Verhängung einer Freiheitstrafe im Allgemeinen Strafrecht, vgl. § 17 JGG. Eine Behandlung als Jugendlicher bietet einem Heranwachsenden Möglichkeiten der Unterstützung, wie sie das Erwachsenenstrafrecht nicht kennt. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass die angeordneten Sanktionen milder sind. Tatsächlich kann die Verhängung einer Erziehungsmaßnahme einschneidender sein als Geld- oder Bewährungsstrafen, wie dies im Allgemeinen Strafrecht möglich ist. Zu erzieherischen Maßnahmen kann die Anordnung einer Betreuungsweisung i.S.v. § 10 JGG ebenso wie die Anordnung, sich in eine suchtspezifische Maßnahme oder in fachärztliche Behandlung zu begeben, gehören.

Es stehen keine geeigneten Instrumente zur Objektivierung des Reifezustands zur Verfügung. Ältere Instrumente wie die von *Esser* und *Schmidt* vorgelegte Aktualisierung der Marburger Richtlinien[36] erweisen sich heute als wenig brauchbar. Diskutiert wird angesichts der vorstehend skizzierten wissenschaftlichen Ergebnisse zur Hirnentwicklung bei Jugendlichen und Heranwachsenden, ob ein Heran-

---

[33] *Teichert/Anderson/Ohashi/Polcari,* Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula, Biological Psychiatry (2014), 76 (4), 297-305.

[34] *Cornelius/Krisci/Reynolds et al.,* PTSD contributes to teen and young adult cannabis use disorders, Addictive Behaviors (2010), 35 (2), 591-594.

[35] *Bundesministerium des Innern*, Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2016, abrufbar unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2017/pks-2016.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 17.05.2017].

[36] *Esser/Fritz/Schmidt M.H.*, Die Beurteilung der sittlichen Reife Heranwachsender im Sinne des § 105 JGG - Versuch einer Operationalisieren, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (1991), 74, 356-368.

wachsender vor Gericht nicht generell nach JGG behandelt werden sollte.[37] Da dies derzeit jedoch nicht möglich ist, kann man sich an folgenden Anhaltspunkten orientieren: Eine hohe psychosoziale Belastung, nicht bewältigte Lebensabschnitte wie das Erreichen eines Schulabschlusses oder der fehlende Beginn einer Ausbildung deuten ebenso wie früher und nicht nur gelegentlicher Substanzmittelkonsum darauf hin, dass man es mit einer Entwicklungsretardierung zu tun und der Heranwachsende Unterstützung auf seinem Weg ins Erwachsenenleben benötigt.

Die Autorin hat es bei diesen gutachterlichen Fragestellungen wiederholt zu tun mit jungen Menschen, bei denen Verdacht besteht, dass sie durch jahrelangen Cannabiskonsum, der in einer sehr frühen empfindlichen Phase der Hirnentwicklung eingesetzt hat, eine Störung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit erworben haben. Es liegen Studien vor, die globale Einbußen der kognitiven Funktionen belegen, und zwar derart, dass auch nach der Beendigung des Cannabiskonsums diese Defizite nicht vollständig remittieren.[38] Andererseits sollte auch in Erwägung gezogen werden, ob Jugendliche und Heranwachsende mit neuropsychologischen Auffälligkeiten, die in der Schule dadurch Misserfolge erleben, nicht eher zum Konsum von Cannabis tendieren. Werden neuropsychologische Einbußen im Rahmen der Begutachtung festgestellt, sollte durch den Sachverständigen die Empfehlung gegeben werden, den Heranwachsenden nach Jugendstrafrecht zu behandeln. Neuropsychologische Störungen durch Cannabiseinfluss lassen sich im Einzelfall selten belegen. Chronischer Cannabiskonsum, der dazu führt, dass ein Heranwachsender wichtige Entwicklungsaufgaben wie das Absolvieren eines Schulabschlusses oder einer Ausbildung ebenso wie Autonomieentwicklung und die Fähigkeit, auch für andere Menschen Verantwortung zu übernehmen, nicht mehr bewältigt, ist Anlass, dem Gericht die Behandlung des Heranwachsenden nach Jugendstrafrecht zu empfehlen.

V. Cannabis im Familienrecht: Der Aspekt Kindeswohlgefährdung

1. Die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen mit Substanzmittelproblematik

Die Unterbringung von Jugendlichen in einer geschlossenen Jugendhilfeeinrichtung oder einer geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung kann vom Familiengericht angeordnet werden, wenn die Sorgeberechtigten einen dahingehenden Antrag stellen und ein kinder- und jugendpsychiatrisches oder -psychologisches Gut-

[37] *Remschmidt,* Gewaltkriminalität bei Jugendlichen und Heranwachsenden, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016), 44 (1), 1-2.

[38] *Meier/Caspi/Ambler et al.* (Fn. 6).

achten die Notwendigkeit bestätigt. Die Unterbringung muss dem Wohl des Kindes dienen, vgl. § 1631b BGB. Dabei kann es gerade im Jugendhilfebereich zu langen, mehrmonatigen Unterbringungen kommen. Es handelt sich bei solchen pädagogischen Maßnahmen um langfristig angelegte pädagogische Konzepte mit dem Ziel, einem Jugendlichen, der seine Zukunft durch Schulabsentismus, Weglaufen, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten, Alkohol- und Drogenkonsum oder Delikte gefährdet hat, den Weg in ein geordnetes Leben zu ermöglichen. Vor Einleitung einer solchen Maßnahme kann eine Unterbringung in einer geschlossenen jugendpsychiatrischen Klinik zum qualifizierten Entzug notwendig sein.

In einer Untersuchung von *Kölch et al.*[39] wird bei den Gründen für die Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung nach § 1631b BGB Substanzmissbrauch sowohl von elterlicher als auch von richterlicher Seite am häufigsten angegeben. Einige kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken halten Konzepte für einen qualifizierten Entzug bei Kindern und Jugendlichen vor, in einigen Fällen auch mit wenigen geschlossenen Plätzen. Einer solchen Entzugsbehandlung, die mindestens vier, aber auch bis zu 12 Wochen andauern kann, schließt sich günstigenfalls eine stationäre Jugendhilfemaßnahme an.[40]

Man hat es in diesen Fällen überwiegend mit jungen Menschen zu tun, die sehr frühen Konsumbeginn, raschen Übergang zu regelmäßigem Konsum und zur Abhängigkeit in ihrer Entwicklung aufweisen. Wenn auch der Konsum von Alkohol und Cannabis oft im Vordergrund stehen, besteht bei vielen Jugendlichen eine polyvalente Substanzmittelproblematik. Die Betroffenen können sich oft nicht vorstellen, komplett drogenfrei zu leben. Eine initial geschlossene Unterbringung eines Jugendlichen gegen seinen Willen kann die Möglichkeit bieten, überhaupt in Kontakt mit ihm zu kommen und ein Behandlungsbündnis aufzubauen. Ziel ist es, die weitere Behandlung des Jugendlichen mit ausreichender Eigenmotivation fortzuführen.

Die Begutachtung sollte sich dabei an den Mindestanforderungen an Gutachten im Kindschaftsrecht orientieren.[41] Neben einer Exploration des Jugendlichen sind fremdanamnestische Informationen und Angaben zu Vorbehandlungen und zur Delinquenz unerlässlich. Immer ist zu prüfen, ob Alternativen, d.h. weniger einschneidende Maßnahmen zur Verfügung stehen. In manchen Fällen ist der Begutachtungsprozess und das Wissen des Jugendlichen, dass die Eltern oder das

---

[39] *Kölch/Vogel*, Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Eine rechtstatsächliche Untersuchung zur familiengerichtlichen Genehmigung der Unterbringung bei Minderjährigen in der Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Justiz nach § 1631b BGB, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016), 44 (1), 1-11.

[40] Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, 2012, abrufbar unter: http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2012-04-13-QE%20bei%20Kindern%20und%20Jugendlichen-dgkjp-bag-bkjpp.pdf [Zugriff am 17.05.2017].

[41] Vgl. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Themenseiten/FamilieUndPartnerschaft/MindestanforderungenSachverstaendigengutachtenKindschaftsrecht.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 17.05.2017].

zuständige Jugendamt prinzipiell bereit sind, den Weg der geschlossenen Behandlung zu gehen, schon ausreichend, um die Bereitschaft für eine freiwillige Behandlung zu erzielen.

2. Kindeswohlgefährdung durch Cannabis konsumierende Eltern: Überlegungen zum Umgangsrecht und zur Ausübung der elterlichen Sorge

Geht es um die Regelung der elterlichen Sorge und des Umgangs eines nicht betreuenden Elternteils zum Kind, werden in strittigen Verfahren vor dem Familiengericht alle möglichen Bedenken gegen die Eignung eines Elternteils, in der Regel vom anderen Elternteil, vorgebracht. Jugendämter können eine Überprüfung der Erziehungseignung beim zuständigen Familiengericht anregen, wenn Hinweise vorliegen, dass Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, Substanzen unkontrolliert zu sich nehmen oder unangemessenes Verhalten gegenüber ihrem Kind oder ihren Kindern zeigen und dadurch eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, vgl. § 8a SGB VIII. In vielen Fällen gelingt die Aufklärung solcher Sachverhalte durch das Gericht selber. Dieses kann, wenn Verdachtsmomente bestehen, einem betroffenen Elternteil aufgeben, Substanzmittelabstinenz durch Urinkontrollen oder eine Haaranalyse nachzuweisen. Kann das Gericht die vorgebrachten Bedenken gegen die Erziehungseignung nicht selbst klären, wird ein Sachverständiger beauftragt. In diesen Fällen spielt wiederum der Cannabiskonsum eine Rolle. Die Gutachtenaufträge, die durch Familiengerichte erteilt werden, betreffen sowohl Frauen als auch Männer. In der Begutachtungspopulation der Sachverständigen zeichnet sich ab, dass die Fragestellungen bei Frauen eher die Regelung der elterlichen Sorge betreffen, bei Männern geht es tendenziell eher um die Ausübung des Umgangsrechts.

Sachverständigengutachten in familienrechtlichen Verfahren werden überwiegend durch psychologische Sachverständige bearbeitet. Auch wenn es sich bei Fragestellungen im Zusammenhang mit Substanzmittelproblemen um Einzelfälle handelt, ist hierbei psychiatrische Expertise gefragt. Psychiater verfügen über hohe Sachkenntnis in der Diagnostik von psychischen Störungen, doch haben sie in der Regel nur wenig Kenntnis in der Beurteilung der konkreten elterlichen Kompetenzen. Insofern benötigt man zur Klärung eines solchen Sachverhaltes häufig zwei Sachverständige, die miteinander kooperieren. Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen ist die Aufschlüsselung der Substanzmittelproblematik. Der psychologische Sachverständige muss diese Ergebnisse ebenso wie die Exploration der Eltern zur Bindung zu ihrem Kind und die durchgeführten Interaktionsbeobachtungen zwischen betroffenen Eltern und ihren Kindern in seine sachverständige Einschätzung einfließen lassen.

Es sollte genau geklärt werden, ob und ggf. in welchem Ausmaß konsumiert wird und vor allem, ob der oder die Betroffene in der Lage ist, seinen (ihren) Konsum zu kontrollieren. Eine Untersuchung des Urins oder des Blutes auf Substanz-

mittelrückstände oder eine Haaranalyse können hierüber notwenige Informationen liefern. Waren die Probanden bereits wegen einer Substanzmittelproblematik in Behandlung, können Therapieunterlagen weiteren Aufschluss geben über das Ausmaß des Konsums und die Motivation der betroffenen Eltern, abstinent zu leben. Aus Sicht der Autorin sollten Eltern, die gelegentlich Cannabis konsumieren, ebenso behandelt werden wie Eltern, die Alkohol konsumieren: Eltern, die gelegentlich Alkohol in sozial akzeptierter Form trinken, sind in der Lage, ihren Konsum so zu kontrollieren, dass sie in Anwesenheit ihres Kindes präsent, aufmerksam und ansprechbar sind und konkrete Erziehungsaufgaben wahrnehmen können, ohne ihr Kind in Gefahr zu bringen. Bei ihnen bestehen keine Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit.

Zu anderen Ergebnissen können Sachverständige gelangen, wenn Eltern abhängig von Cannabis sind. Ihr Tagesablauf ist dann häufig ausgerichtet auf die Beschaffung und den Konsum von Cannabis und gegebenenfalls anderen Substanzen. Diese Eltern weisen häufig weitreichende psychosoziale Belastungen auf. In solchen Fällen können Experten zu der Einschätzung kommen, dass eine Cannabisabhängigkeit die Erziehungseignung erheblich beeinträchtigt oder Umgangskontakte mit einem Kind nur noch in begleiteter Form stattfinden können. Aufgabe des Sachverständigen ist es hier, dem Gericht nicht nur eine konkrete Gefahr, die durch einen Cannabisrausch für ein Kind entstehen kann, aufzuweisen, sondern auch darzulegen, dass eine dauerhafte mangelnde Ansprechbarkeit „bekiffter“ Eltern eine emotionale Vernachlässigung darstellt, die mittelfristig psychische Folgen für das Kind haben kann und eine gesunde Entwicklung beeinträchtigt. Eine sorgfältige Analyse des Cannabisgebrauchs von betroffenen Müttern wird ebenso empfohlen: Hier wird man auch auf Fälle stoßen, in denen der Konsum bereits in der Schwangerschaft ausgeprägt war.

Cannabis und Forensische Psychiatrie

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller

I. Einführung

Cannabis steht im gesellschaftlichen wie wissenschaftlichen Fokus. Weltweit wird der Umgang mit Cannabis streitig diskutiert. Einige Staaten haben diesbezügliche Regelungen deutlich gelockert und liberalisiert, nicht zuletzt um die Kosten der Kriminalisierung zu senken. Diese Politik ist allerdings umstritten. Gegner wie Befürworter stützen sich auf eine wachsende Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen, auch wenn es darum geht, den Zusammenhang von Cannabis und Kriminalität zu belegen. Eine Literatursuche in Pubmed mit dem Stichwort „Cannabis" ergibt über 16.000 Treffer. Kombiniert man die Schlagwörter Cannabis und Forensic Psychiatry, Violence oder Criminality, fällt die Trefferrate drastisch niedriger aus. Belastbare Studien sind hier eher selten. Ungeachtet dessen werden medizinische und psychiatrische Erkenntnisse in der Diskussion für bedeutsam erachtet. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft DGPPN hat 2016 ein Positionspapier veröffentlicht, in dem sie den gegenwärtigen Kenntnisstand zusammenfasst.[1] Auf die abwägenden Feststellungen und zurückhaltenden Äußerungen des Papiers sei

[1] *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),* Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums, Stellungnahme vom 7.12.2015, abrufbar unter https://www.bundestag.de/blob/415110/b81360ae0fa2eb05b5519ff91f9ff940/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie---psychosomatik-und-nervenheilkunde-e--v---dgppn--data.pdf [Zugriff am 03.05.2017].

hier ebenso verwiesen wie auf das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-5[2] der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft.

Die Debatte um die Legalisierung stützt sich auch auf psychiatrische Evidenzen und Befunde; diese werden indes zumindest zum Teil wiederum kontrovers diskutiert. Auch die gesellschaftlichen Konsequenzen einer Liberalisierung sind komplex und werden engagiert erörtert. Aus klinisch- und forensisch-psychiatrischer Perspektive ist die Frage nach der Schädlichkeit des Cannabiskonsums besonders bedeutsam, da auch langfristige freiheitsentziehende Maßnahmen Folgen des Konsums werden können und damit Fragen nach der Verhältnismäßigkeit zwischen Konsum und Sanktion besonders aufwerfen. Streiflichtartig sollen verschiedene Perspektiven beleuchtet werden:

Wiederkehrender Cannabiskonsum kann bei vulnerablen Personen psychotische Dekompensationen auslösen, kann die Compliance einer Behandlung verschlechtern, insbesondere die der medikamentösen Behandlung, kann mit einem Amotivationalen Syndrom verbunden sein und damit eine ohnehin schwach ausgeprägte Therapiemotivation weiter mindern. Zudem kann Cannabiskonsum auch mit weiteren Sanktionen wegen Erwerbs und Weitergabe der illegalen Drogen verbunden sein. Dies ist die Sicht der behandelnden Ärzte und Therapeuten.

Seitens der betroffenen Patienten wird auf die beruhigende, entspannende Wirkung des Cannabiskonsums verwiesen. Mit Cannabis könnten sie besser einschlafen, müssten nicht auf Medikamente zurückgreifen, seien nicht so unruhig, könnten sich besser konzentrieren und verspürten psychotische Phänomene und Symptome als nicht so belastend. Dies ist die Sicht der betroffenen Konsumenten. Für die Behandler ist dies aber häufig nicht mehr als ein unzureichender Selbstbehandlungsversuch, der zudem das Psychoserisiko weiter erhöhe; besser sei es, die Medikation anzupassen. Dies aber wollen zumindest einige der Patienten gerade nicht. Mit diesem Konflikt haben Psychiater und Psychotherapeuten leben lernen müssen – insbesondere im psychiatrischen Maßregelvollzug, wo eine einvernehmliche und langfristige Rückfallverhütung die Legalprognose verbessern soll.

Seitens der Staatsanwaltschaft, die auch bei Lockerungsentscheiden und in Resozialisierungsplanungen einzubeziehen ist, wird eher auf das Risiko von Straftaten infolge psychotischer Dekompensationen, auf erneute delinquente Handlungen infolge des Konsums einschließlich des Erwerbs und der Weitergabe von Cannabis sowie die Gefahr des Aufbaus und einer Förderung der (illegalen) Versorgungskette verwiesen.

Toxikologen sehen eher die in den letzten Jahrzehnten geänderte Zusammensetzung von Cannabis und warnen vor Verharmlosung; die Konzentrationen der Wirkstoffe seien dramatisch höher als zu früheren Zeiten, in denen Cannabis hoffähig geworden ist; die Schädlichkeit der Substanzen sei ebenfalls angestiegen.

---

[2] *Falkai/Wittchen* (Hrsg.), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM 5, 2015.

Interessengeleitet werden Studien publiziert, die belegen sollen, dass Cannabisraucher besser in der Schule seien[3] und damit einen leistungssteigernden Effekt von Cannabis suggerieren. Die an der Diskussion beteiligten Protagonisten artikulieren verschiedene Perspektiven, verfolgen unterschiedliche Ansätze und Zielsetzungen, repräsentieren verschiedene Interessen. Dies setzt die methodischen Anforderungen an eine aussagekräftige wissenschaftliche Beurteilung besonders hoch. Es droht die Gefahr, den eigenen Standpunkt bereits im Studiendesign zu verankern und damit in den Studienergebnissen die Eier zu finden, die man selbst vorher versteckt hat. Auch die Gefahr, einzelne Aspekte zu generalisieren und zu verabsolutieren, ist bei gesellschaftlich relevanten Studien besonderes groß. Dies dient nicht dem Informationsgewinn und der Integration, sondern der Spaltung und der Polarisierung. Diese ist aber in den Debatten der verschiedenen Lager bereits wahrzunehmen.

Die vorliegende Arbeit geht nicht im Einzelnen auf die psychopharmakologischen und toxikologischen Aspekte des Cannabiskonsums ein. Stattdessen wird die Substanz in unser Wissen über Abhängigkeit und Sucht, über Suchtgenese und Abhängigkeitsentwicklung sowie über die persönlichkeitsbedingten und milieubedingten Spezifika des Konsums einer illegalen Droge eingeordnet.

Differenzierte Publikationen setzen sich mit den Folgen des Konsums für die psychische Gesundheit auseinander.[4] Die forensisch-psychiatrische Perspektive beschränkt sich bislang überwiegend auf die Diskussion, ob mit der Legalisierung der illegale Drogenhandel zum Erliegen gebracht, ob das illegale Geschäftsfeld durch die Legalisierung an Attraktivität und Rentabilität verlieren, ob durch die Unterbindung des Konsums strafbaren Handlungen entgegengewirkt werden könnte. Letztlich kulminiert die Diskussion in der polarisierenden Frage, ob die Folgen des illegalen Handels den Großteil des gesellschaftlichen Schadens, der durch Cannabis verursacht wird, verantworten. Auch hier ist der Zusammenhang komplex. Zusätzlich zu den pharmakologischen Eigenschaften der Droge und deren gesundheitlichen Auswirkungen sind auch die individuellen Voraussetzungen eines Gleitens in die Illegalität und deren Folgen zu berücksichtigen.

---

[3] *Williams/Hagger-Johnson*, Childhood, academic ability in relation to cigarette, alcohol and cannabis use from adolescence into early adulthood: Longitudinal Study of Young People in England, 2017, BMJ Open, abrufbar unter: http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/2/e012989.full.pdf [Zugriff am 05.09.2017].

[4] Vgl. *DGPPN* (Fn. 1); *Falkai/Wittchen* (Fn. 2).

II. Suchtentstehung

Die relevanten Faktoren eines Substanzmittelkonsums lassen sich auf drei Ebenen erfassen: Droge, Persönlichkeit, Setting.

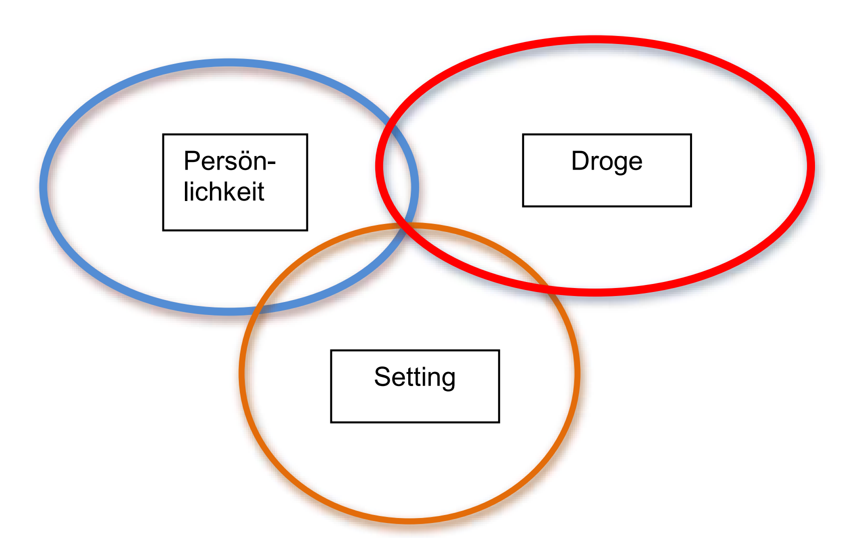


Abbildung 1: Determinanten von Drogenwirkung und Abhängigkeitsentwicklung

Jede Droge ist durch spezifische chemische, pharmakokinetische und psychopharmakologische Eigenschaften sowie durch somatische und psychotrope Wirkungen charakterisiert. Hierzu zählen insbesondere das psychoaktive Wirkprofil sowie das Suchtpotential der Substanz. Wirkt die Substanz eher aktivierend oder sedierend, erregend oder entspannend, halluzinogen oder dämpfend? Das Suchtpotential der einzelnen Droge ist sehr unterschiedlich: Während Heroin ein sehr hohes Suchtpotential hat, wird dem Cannabis ein eher niedriges Abhängigkeitsprofil zugeschrieben. Drogeneffekte und Rauschzustände sind nicht nur pharmakologisch bedingt, sondern auch vom Setting, also dem Umfeld und der Situation, in der die Substanz konsumiert wird, abhängig. Die Bedeutung einzelner Drogen wird auch von gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst, auch von jeweiligen „Moden". So haben „Leim- und Pattexschnüffler" gegenwärtig deutlich an Relevanz verloren, ebenso ist die Attraktivität der „Absinthkonsumenten" aus dem 19./20. Jahrhundert nach einer kurzen Renaissance Ende des 20. Jahrhunderts wieder aus dem Fokus geraten. Stattdessen bestimmen Crystal Meth, synthetische Cannabinoide, Badesalze und Designerdrogen gegenwärtig das (klinische) Bild der Konsumenten.

Diese Drogen müssen in ihrem Suchtpotential und ihren unerwünschten Auswirkungen als sehr schädlich beurteilt werden, deutlich schädlicher als Cannabis. Im Vergleich zu Cannabis haben sie eine deutlich stärkere Relevanz in der Forensi-

schen Psychiatrie sowohl bei einer Schuldfähigkeitsbeurteilung als auch als akzidentelle Faktoren im Vorfeld der Begehung einer Straftat und bei zum Teil lebensbedrohlichen Zwischenfällen während der Unterbringung. Nicht zuletzt ist die Persönlichkeit des Drogenkonsumenten für die Entscheidung zum Konsum wie für die Auswahl der Droge relevant. Durch „Offenheit für Neues" und „Sensation Seeking" charakterisierte Personen suchen eher den Kick durch den Drogenrausch, hyperaktive und reizoffene Personen eher die Entspannung und Entaktualisierung von Konflikten und Belastungen. Schließlich ist auch das Setting des Drogenkonsums relevant. Manche Drogen sind eher bei gemeinschaftlichem Konsum beliebt und werden daher vorzugsweise in Gesellschaft konsumiert, andere Drogen sollen hingegen eher Hemmungen zu anderen Personen abbauen. So wird die enthemmende Wirkung des Alkohols häufig genannt, wenn es darum geht, die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Droge, Persönlichkeit und Setting beeinflussen somit die Drogenwirkung ebenso wie die Abhängigkeitsentwicklung und die Folgen für den Betroffenen. Eine isolierte Betrachtung greift stets zu kurz.

III. Droge und Prävalenz

Cannabinoide, insbesondere Cannabis, sind die am meisten konsumierten illegalen psychoaktiven Substanzen. Das Abhängigkeitspotential ist niedriger als z.B. bei Alkohol oder Nikotin. In Europa haben etwa 75-80 Millionen, also fast ¼ der Bevölkerung, einmal illegale Drogen konsumiert, mit Abstand am häufigsten Cannabis. Insgesamt 36 % der Patienten im deutschen Suchthilfesystem haben Probleme mit Cannabis.[5]

Die 12-Monatsprävalenz der Cannabis-Konsumstörung beträgt bei den 12- bis 17-jährigen 3,4 %, bei den Erwachsenen ab 18 Jahren 1,5 %. Die hohe Prävalenz der Cannabis-Konsumstörung spiegelt eher den weit verbreiteten Konsum von Cannabis im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen wider als ein größeres Abhängigkeitspotential dieser Substanz.[6]

1. Symptome

Typische akute Effekte des Konsums von pflanzlichem Cannabis sind Sedierung, Euphorie, Entspannung, ggf. Logorrhoe, Verminderung von Reaktionszeit und Konzentration, Gleichgültigkeit und Denkstörungen. Im somatischen Bereich resultieren Hyperreflexie, Hypersalivation mit Pulsanstieg, Erweiterung der Blutgefäße, Mydriasis, konjunktivale Injektion, Steigerung von Appetit- und Libido, Mundtrockenheit, Muskelentspannung, Schwindel und Übelkeit aus der Drogenwirkung. Synthetische Cannabinoide sind mit noch höheren Intoxikationsrisiken verbunden. *Soyka* verweist auf 32 Todesfälle, die im Zusammenhang mit synthe-

---

[5] *Soyka/Preuss/Hoch*, Cannabisinduzierte Störungen, Nervenarzt (2017), 88 (3):311-325.
[6] *Falkai/Wittchen* (Fn. 2).

tischen Cannabinoiden bislang berichtet wurden. Cannabis wirkt auf die Endocannabinoid-Rezeptoren, beeinflusst die Aktivität von G-Proteinen und interagiert mit verschiedenen Neurotransmittersystemen, insbesondere mit Dopamin, Serotonin und GABA.[7]

2. Unerwünschte Wirkungen

Etwa 9 % der Cannabiskonsumenten entwickeln eine Cannabisabhängigkeit. Auch ein Amotivationales Syndrom kann entstehen. Es werden leicht negative Effekte auf das Lernvermögen und das Gedächtnis berichtet, ohne dass dabei Aufmerksamkeit und Reaktionsgeschwindigkeit beeinträchtigt gewesen waren. Im Vergleich zu abstinenten Personen waren bei Cannabiskonsumenten leichte Einschränkungen im abstrakten Denken, in den exekutiven Funktionen, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, im Lernvermögen und in psychomotorischen Funktionen zu verzeichnen (Effektstärken 0.12-0.36). Die Unterschiede waren aber zumindest nach einem Monat der Abstinenz nicht mehr nachweisbar und somit wohl reversibel. Insbesondere der frühe Beginn des Cannabiskonsums in Kindheit und Adoleszenz kann aber auch irreversible kognitive Einschränkungen hinterlassen. Befunde deuten auf eine erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen für neurokognitive Beeinträchtigungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum hin, deren Reversibilität fraglich ist.[8]

3. Risikofaktoren und Persönlichkeit

Eine Vorgeschichte mit einer Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend sowie eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung sind Risikofaktoren für die Entwicklung zahlreicher Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen einschließlich Cannabis. Erbliche Faktoren sind bedeutsam und tragen in 30-80 % zur Erklärung der Varianz des Risikos bei.

Ketcherside et al.[9] untersuchten Persönlichkeitseigenschaften von Marihuana-Konsumenten, Nikotin-Konsumenten, Marihuana und Nikotin-Konsumenten und nicht konsumierende Kontrollprobanden mit Hilfe des NEO-FFI, einem Verfahren zur Erfassung und Abbildung von Persönlichkeitseigenschaften. Die Faktorenanalyse ergab, dass ein Modell aus Persönlichkeits- und demographischen Faktoren die Marihuana-Konsumenten besser von den Nichtkonsumenten unterschied als Persönlichkeitsfaktoren alleine. Mit Hilfe einer logistischen Regression fanden sie starke Effekte für Alter, Geschlecht, Ausbildungsjahre, wobei männliches Geschlecht, jüngeres Alter und geringere Ausbildung höher bei den Marihuana-Konsumenten war. Der Faktor „Offenheit" des NEO-FFI unterschied Marihuana-

---

[7] *Soyka/Preuss/Hoch* (Fn. 5).

[8] *Soyka/Preuss/Hoch* (Fn. 5).

[9] *Ketcherside/Jeon-Slaughter/Baine/Filbery*, Discriminability of personality profiles in isolated and Comorbid marijuana and nicotine users, Psychiatry Research, 2016 (30), 238:356-62.

Konsumenten von allen anderen Gruppen. Dabei erfasst Offenheit solche für neue Erfahrungen.[10] Aus dem Cannabiskonsum altert man auch nicht heraus und es schützt auch nicht vor psychischen Störungen, wie Studien an Personen über 50 Jahren zeigen.[11] Im Gegenteil hatten 3,89 % einer solchen Altersgruppe im zurückliegenden Jahr Cannabis konsumiert und 0,68 % von ihnen hatten eine Cannabiskonsumstörung. Ein hoher Anteil von Cannnabiskonsumenten und insbesondere von Personen mit einer Cannnabiskonsumstörung hatte psychische Störungen oder eine andere Substanzkonsumstörung im zurückliegenden Jahr.[12]

Ebenso wie Risikofaktoren sind auch protektive oder Resilienzeigenschaften bedeutsam.[13] *Burdzovic et al.* untersuchten die Persönlichkeitseigenschaften von Heranwachsenden, die Cannabisangebote ablehnen und abstinent bleiben. Dabei waren besonders die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen, negative Einstellungen Drogen gegenüber, das Fehlen enger Beziehungen zu Cannabiskonsumenten, niedrige Straffälligkeit, kein regelmäßiger Tabakkonsum sowie nicht häufige Alkoholvergiftungen assoziiert mit Cannabisresilienz.[14]

Ohne diese Resilienz begünstigenden Faktoren kann eine Person insbesondere noch in der Entwicklung der Persönlichkeit und der gesellschaftlichen Verankerung gefährdet sein; eine individuelle Vulnerabilität wird verstärkt durch die Folgen des illegalen Drogenkonsums sowie die Labilisierung der psychischen Gesundheit durch den Cannabiskonsum bis hin zur Begünstigung einer psychischen Störung. Cannabis ist eine illegale Droge. Diese zu erwerben und zu konsumieren setzt bereits gewisse Persönlichkeitseigenschaften voraus: Der Konsum, sei es alleine oder im Cliquenrahmen, ist nicht selten der erste Schritt zum Gesetzesverstoß oder zumindest ein einschneidender Regelübertritt. Nicht alle Menschen sind hierzu bereit. Um den Konsum illegaler Substanzen fortzuführen, muss eine Versorgungskette gebildet und aufrechterhalten werden. Dies kann bei regelhafteren Konsumenten dazu führen, dass durch die Weitergabe der Drogen, durch Dealen, die Verfügbarkeit über die Substanz gesichert wird oder zumindest gesichert werden soll. Dies lässt den Betroffenen aber notwendigerweise tiefer in eine kriminelle Szene gleiten. Entschließt sich der Konsument/Süchtige dazu, lieber die Drogen zu erwerben, kostet das einerseits Geld, das beschafft werden muss, begünstigt andererseits aber den Kontakt zur illegalen Szene, bei der gekauft werden kann, und führt drittens zu einem Mindestmaß an Vorratshaltung, um jederzeit für Drogenhunger gerüstet zu sein. Der Selbstanbau wird bislang nur von wenigen für einen sinnvollen Ausweg gehalten.

---

[10] *Ketcherside/Jeon-Slaughter/Baine/Filbey (*Fn. 9).

[11] *Choi/DiNitto/Marti,* Older marijuana users: Life stressors and perceived social support. Drug and Alcohol Dependence, 2016 (1), 169:56-63.

[12] *Choi/DiNitto/Marti* (Fn. 11)

[13] *Burdzovic/Pape/Bretteville-Jensen,* Who are the adolescents saying „NO“ to cannabis offers, Drug and Alcohol Dependence, 2016, 163:63-74.

[14] *Burdzovic/Pape/Bretteville-Jensen* (Fn. 13).

Diese Strategien, an Cannabis zu gelangen und dieses zu konsumieren, können von vielen Konsumenten gesteuert und kontrolliert werden. Kommen weitere Belastungsfaktoren hinzu, steigt das Risiko abhängig zu werden, sich strafbar zu machen, kriminelle Handlungen zu begehen oder auch weitere psychische Störungen zu entwickeln. Dies gilt umso mehr, je jünger und vulnerabler die Betroffenen sind. Je weniger entwickelt die Persönlichkeit ist, je mehr Konzepte fehlen, mit Herausforderungen umzugehen, je unreifer die Strategien sind, psychosoziale Belastungen zu bewältigen, desto größer ist die durch Cannabis aufrechterhaltene und geförderte Vulnerabilität. Doch vice versa begünstigen auch Belastungsfaktoren den Cannabiskonsum; die Trennung von Henne und Ei fällt schwer. In der Zusammenschau der Literatur und der gegenwärtigen Erkenntnisse können die ganz einfachen Wahrheiten wissenschaftlich kaum bewiesen werden; es gibt aber genügend und auch substantiierte Hinweise auf ungünstige und schädliche Konsequenzen, nicht des einmaligen, wohl aber des kontinuierlichen Konsums. Einige sollen im Folgenden referiert werden; wie diese und insbesondere die Belastbarkeit dieser Daten für die gesellschaftlichen Schlussfolgerungen aber letztlich zu bewerten sind, soll dem Leser anheimgestellt bleiben, insbesondere wenn es um die (straf-) rechtlichen Sanktionen bis hin zum Freiheitsentzug geht.

IV. Klinik der Cannabiskonsumstörung nach DSM-5

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-5[15] listet die Veränderungen durch Cannabiskonsum bei den Substanzkonsumstörungen auf. Wenngleich die Cannabis-Konsumstörung die einzige Substanzkonsumstörung sein kann, tritt sie häufig gemeinsam mit anderen Substanzkonsumstörungen auf. Oft spielen die Betroffenen die Cannabis-assoziierten Symptome herunter, da diese als weniger schwerwiegend erlebt werden und weniger Schäden verursachen als andere Substanzen. Pharmakologische und behaviorale Toleranz wird bei dauerhaften Konsumenten berichtet. Neu wird im DSM-5 die Erkenntnis festgehalten, dass ein abrupter Konsumstopp bei täglichem oder beinahe täglichem Konsum ein Cannabis-Entzugssyndrom hervorrufen kann.

Die Cannabis-Konsumstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt sich im übermäßigen Konsum mit Gleichaltrigen und ist wiederum Teil eines Musters aus anderen delinquenten Verhaltensweisen, die mit Problemen des Sozialverhaltens zusammenhängen. Leichtere Fälle lassen sich vor allem im fortgesetzten Konsum erkennen, trotz eindeutiger Probleme im Zusammenhang mit der Missbilligung durch andere Gleichaltrige, die Schulleitung oder die Familie. Die Jugendlichen riskieren dadurch körperliche und verhaltensbezogene Konsequenzen. Hierdurch kann die Funktionsfähigkeit im Alltag beeinträchtigt sein. Bei Jugendlichen lassen sich üblicherweise Veränderungen der Stimmungsstabilität, des

[15] *Falkai/Wittchen* (Fn. 2).

Antriebsniveaus und der Essgewohnheiten beobachten. Probleme in der Schule stehen häufig in Zusammenhang mit einer Cannabis-Konsumstörung bei Jugendlichen. Dies gilt insbesondere für dramatische Verschlechterungen der Noten, Schulschwänzen und verringertes generelles Interesse an schulischen Aktivitäten und Schulerfolg. Bei Erwachsenen umfasst die Cannabis-Konsumstörung typischerweise ein verfestigtes Muster täglichen Konsums, das trotz eindeutiger psychosozialer und medizinischer Probleme fortgesetzt wird.

Regelmäßiger Cannabiskonsum kann sich negativ auf das Verhalten und die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken und dadurch die Leistung bei der Arbeit oder in der Schule verringern oder Personen körperlichen Risiken bei gefährlichen Aktivitäten aussetzen. Das familiäre Zusammenleben ist nicht selten beeinträchtigt. Viele Bereiche der psychosozialen, kognitiven und gesundheitlichen Funktionsfähigkeit können bei der Cannabis-Konsumstörung beeinträchtigt sein. Kognitive Funktionen scheinen wohl dosisabhängig akut wie auch dauerhaft beeinträchtigt zu werden.

Cannabiskonsum ist mit der Reduktion von zielgerichteten sozialen Aktivitäten in Verbindung gebracht worden (Amotivationales Syndrom). Von Personen mit einer Cannabis-Konsumstörung werden üblicherweise mit Cannabis assoziierte Probleme in sozialen Beziehungen berichtet. Unfälle treten im Rahmen potentiell gefährlicher Aktivitäten auf. Cannabisrauch beinhaltet große Mengen krebserregender Verbindungen (auch Atemwegserkrankungen!). Anhaltender Cannabiskonsum kann zum Ausbruch oder zur Verschlimmerung vieler psychischer Störungen beitragen. Es wurde diskutiert, dass Cannabiskonsum einen kausalen Faktor für Schizophrenie und andere psychotische Störungen darstelle.

1. Cannabisentzugssyndrom

Abrupter Konsumstopp bei täglichem oder beinahe täglichem Konsum kann ein Cannabis-Entzugssyndrom hervorrufen.[16] Hierzu gehören Reizbarkeit, Ärger oder Aggression, Angst, depressive Verstimmung, innere Unruhe, Schlafschwierigkeiten sowie Appetit- oder Gewichtsverlust. Obwohl das Entzugssyndrom bei Cannabis in der Regel weniger schwerwiegend als bei Alkohol- oder Opiatentzug ist, kann es bedeutsame Beeinträchtigungen hervorrufen und zu Schwierigkeiten beim Aufhören oder zum Rückfall bei den betroffenen Personen führen.

2. Komorbidität

Bei Personen mit diagnostizierter Cannabis-Konsumstörung treten häufig gleichzeitig weitere psychische Störungen auf, wobei der Cannabiskonsum jene Symptome zu verschlimmern scheint, gegen die Cannabis gerade konsumiert wird. Bei Cannabiskonsumstörung besteht eine hohe Komorbidität mit anderen Substanz-

[16] *Falkai/Wittchen* (Fn. 2).

konsumstörungen; dies bedeutet, dass Cannabis nur selten als isolierte Substanz eingenommen wird. Üblicherweise treten gemeinsam mit der Cannabiskonsumstörung auch andere psychische Beschwerden auf. Der Konsum von Cannabis ist assoziiert mit geringerer Lebenszufriedenheit, gehäufter Inanspruchnahme der Behandlung bei psychischer Störung und Krankenhausaufenthalten, erhöhten Raten von Depressionen, Angststörungen, Suizidversuchen und der Störung des Sozialverhaltens.

50-90 % der Personen mit Cannabiskonsumstörung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine weitere psychische Störung bzw. eine gesundheitliche Störung[17], und zwar über 50 % eine Alkoholkonsumstörung und eine Tabakkonsumstörung. Von Personen, die eine Behandlung gegen die Cannabiskonsumstörung aufnahmen, berichteten 74 % den problematischen Konsum einer zweiten oder dritten Substanz: von Alkohol 40 %, von Kokain 12 %, von Metamphetamin 6 % und von Heroin oder von anderen Opiaten 2 %.

Die Cannabiskonsumstörung wird oft als sekundäres Problem bei Personen mit der Hauptdiagnose einer anderen Substanzkonsumstörung beobachtet. 25-80 % der Personen, die wegen einer Substanzkonsumstörung in Behandlung sind, berichten auch vom Cannabiskonsum. Personen mit einer Cannabiskonsumstörung haben gehäuft andere psychische Störungen: Major-Depression (11 %), Angststörung (24 %) und Bipolar-1 Störung (13 %). Nach jüngsten Reviews erhöht sich das Risiko für das Auftreten einer Depression leicht (OR = 1,17), auch das einer Angststörung leicht, während ein früher regelmäßiger, lang andauernder und hochdosierter Konsum von Cannabinoiden in Kombination mit anderen Stressoren das Risiko für psychotische Störungen deutlich erhöhen (OR= 2,09) und insbesondere zu einer Vorverlagerung des erstmaligen Auftretens psychotischer Störungen um 2,7 Jahre führen kann.[18] Darüber hinaus haben von den Probanden mit einer Cannabiskonsumstörung 30 % eine Antisoziale, 19 % eine Zwanghafte und 18 % eine Paranoide Persönlichkeitsstörung. Etwa 33 % der Jugendlichen mit einer Cannabiskonsumstörung haben internalisierende Störungen (Angst, Depression, PTBS), rund 60 % externalisierende Störungen (Störung des Sozialverhaltens, ADH).

Die bedeutsamsten somatischen Auswirkungen des Cannabiskonsums betreffen aber das Atmungssystem: Chronische Cannabisraucher zeigen häufig Symptome wie Bronchitis, Schleimproduktion, Kurzatmigkeit und krankhafte Atemgeräusche (Stridor).

---

[17] *Cerdá/Moffitt/Meier et al.,* Persistent Cannabis Dependence and Alcohol Dependence Represent Risks for Midlife Economic and Social Problems: A Longitudinal Cohort study, Clinical Psychological Science (2016), 4:1028-1046.

[18] *Soyka/Preuss/Hoch* (Fn. 5).

3. Delinquenz

Der Zusammenhang von Cannabis und Delinquenz ist bislang unzureichend untersucht, abgesehen davon, dass Cannabis eben eine illegale Droge ist, deren Erwerb und Besitz nach geltendem BtMG strafbar sind. Ob und inwiefern delinquente Handlungen (sonstiger Art) auf die Cannabiseinwirkung zurückführbar sind, bedarf ebenso weiterer systematischer Untersuchungen wie der Einfluss von Persönlichkeit, delinquenten Peergroups und dem (subkulturellen) Setting. Faktoren, die die Offenheit der Angaben, die Diagnosestellung und auch den Erfolg therapeutischer wie kriminalpräventiver Maßnahmen auf den Konsumenten beeinflussen, hängen auch mit den gesellschaftlichen Konsequenzen zusammen, die bei Aufdeckung von Besitz, Erwerb und Konsums drohen, z.B. Inhaftierung, Ausschluss von der Schule oder Kündigung des Arbeitsplatzes.

Dabei korrelieren Traumatisierungen sowie soziale Belastungen mit erhöhtem Cannabiskonsum und führen in eine Abwärtsspirale.[19] In einer Longitudinalstudie wurde eine Gruppe von 1.037 Probanden von der Geburt bis zum 38. Lebensjahr untersucht. Studienteilnehmer mit regelmäßigem Cannabiskonsum und einer persistierenden Abhängigkeit zeigten eine Verschlechterung der sozioökonomischen Stellung, größere finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitsplatzprobleme und Beziehungsschwierigkeiten in den früheren mittleren Lebensjahren. Die Cannabisabhängigkeit war aber nicht mit einer erhöhten Anzahl von Verkehrsdelikten verbunden. Die Cannabisabhängigkeit führte zu größeren finanziellen Einbußen als eine Alkoholabhängigkeit.[20] Diese Studie steht in deutlichem Gegensatz zu der Annahme, Cannabis sei eine vergleichsweise harmlose Droge, insbesondere zu der Annahme, Cannabis sei harmloser als Alkohol. [21]

In dieselbe Richtung weist auch die Studie von *Vinkers et al.*, die den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und verschiedenen Arten von Verbrechen untersuchte. Sie fanden bei Brandstiftungsdelikten den stärksten Zusammenhang mit psychischen Störungen. Cannabis und harte Drogen waren signifikant assoziiert mit verminderter Schuldfähigkeit, doch nur in Bezug auf Brandstiftungstaten.[22] *Larney & Martire* untersuchten die kriminelle Rückfälligkeit von Personen, die an einem Therapieprogramm (MERIT, d.h. Magistrates Early Referral Into Treatment) in Australien teilgenommen hatten. Von denjenigen, die das Programm durchliefen, hatten 305 weniger kriminelle Rückfälle als diejenigen, die abgebrochen hatten. Die Anzahl der Vorstrafen sowie illegaler Substanzkonsum sind mit höherer Rückfälligkeit assoziiert. Wenngleich dies, den Autoren zufolge, keine

[19] *Cerdá/Moffitt/Meier et al.* (Fn. 17).

[20] *Cerdá/Moffitt/Meier et al.* (Fn. 17).

[21] *Cerdá/Moffitt/Meier et al.* (Fn. 17).

[22] *Vinkers/deBeurs/Barendregt et al.*, The relationship between mental disorders and different types of crime, Criminal Behaviour and Mental Health (2011), 21(5):307-20.

kausale Verknüpfung zuließ, wies dies doch auf einen Nutzen des Therapieprogramms zur Reduktion der Rückfälligkeit hin.[23]

Cannabis hat den Ruf einer friedlichen Droge. Aktuellere Untersuchungen können dies indes nicht belegen: In einer Untersuchungsklientel von 1.582 Probanden zeigten die Cannabiskonsumenten eine höhere Bereitschaft zu gewalttätigem Verhalten.[24] Unabhängig von der zugrundeliegenden psychiatrischen Störung war der Konsum von Cannabis ein bedeutsamer Risikofaktor. Cannabiskonsum korrelierte insbesondere auch mit selbstverletzendem Verhalten. Es waren aber auch andere Faktoren wirksam, wie die Autoren unter Bezug auf die multifaktorielle Genese gewalttätigen Verhaltens festhielten.[25]

In ähnlicher Weise stellten *Schoeler et al.* fest, dass Cannabiskonsum und gewalttätiges Verhalten gemeinsam persistieren.[26] Sie untersuchten junge Männer aus der Cambridge Study of Delinquent Development (n=411) und verfolgten diese vom Alter von 8 Jahren bis zum Alter von 56 Jahren. Dabei war der kontinuierliche Cannabiskonsum assoziiert mit einem höheren Risiko späteren gewalttätigen Verhaltens, wie Inhaftierungen (OR=7,1) oder Selbstberichte (OR=8,9) anzeigten. Diese Ergebnisse waren auch nach dem Kontrollieren konfundierender Variablen signifikant und konnten nicht durch andere Faktoren erklärt werden. Die Ergebnisse wiesen auf eine enge Korrelation von Cannabiskonsum und späterem gewalttätigem Verhalten hin.[27]

Johnson et al. zeigten in einem systematischen Review und einer Metaanalyse, dass Marihuana die Gewalttätigkeit bei einem Treffen oder einer Verabredung von Menschen im Alter von 11 bis 18 Jahren deutlich erhöht, und zwar sowohl bei den Tätern als auch bei der Opfern.[28] Behandlungseinsicht und Behandlungscompliance sind bedeutend. In einer Untersuchung von *Foglia et al.*[29] korrelierte Cannabiskonsum deutlich mit Non-Compliance, also der fehlenden Bereitschaft, die verordnete Medikation einzunehmen. Ein erhöhtes Risiko für Non-Adhärenz, also für eine fehlende Bereitschaft, an der Behandlung kontinuierlich mitzuwirken, fand sich bei Cannabis-Usern im Vergleich zu Nichtkonsumenten (OR=5.79) und ehemaligen Usern (OR=5.5). Cannabiskonsum erhöht das Risiko nicht adhärenten

[23] *Larney/Martire*, Factors affecting criminal recidivism among participants in the Magistrates Early Referral Into Treatment (MERIT) program in New South Wales, Australia, Drug and Alcohol Review (2010), 29(6):684-8.

[24] *Carabellese/Candelli/Martinelli et al.*, Cannabis use and violent behavior: a psychiatric patients cohort study in Southern Italy, Rivista di Psichiatria (2013), 8(1):43-50.

[25] *Carabellese/Candelli/Martinelli et al.* (Fn. 24).

[26] *Schoeler/Theobald/Pingault et al.*, Continuity of cannabis use and violent offending over life course, Psychological Medicine (2016), 46:1663-1677.

[27] *Schoeler/Theobald/Pingault et al.*, (Fn. 26).

[28] *Johnson/LaValley/Schneider et al.,* Marijuana use and physical dating violence among adolescents and emerging adults: A systematic review and meta analysis, Drug and Alcohol Dependence (2017), 174:47-57.

[29] *Foglia/Schoeler/Klamerus et al.*, Cannabis use and adherence to antipsychotic medication: a systematic review and meta analysis, Psychological Medicine (2016), 9:1-15.

Verhaltens und das Beenden des Cannabiskonsums kann die Adhärenz zur antipsychotischen Behandlung verbessern. Diese Untersuchungen, die auch unabhängig von dem ungünstigen Einfluss auf die Medikamenteneinnahme eine Korrelation mit Gewalttätigkeit zeigen, widersprechen jener Auffassung, die Cannabis als eine nicht mit Gewalt verbundene Substanz interpretiert.

Befürchtungen aber, dass mit einer Liberalisierung des Cannabis gefährliche und gewalttätige Zeiten kommen würden, lassen sich bislang ebenfalls nur bedingt auf Studien stützen; stattdessen werden uneinheitliche Ergebnisse bei den Untersuchungen zu den Effekten der Cannabis-Liberalisierung berichtet.[30] *Braakmann und Johnes* untersuchten den Zusammenhang zwischen der Cannabisliberalisierung in England und Wales von 2003 bis 2006 und fanden keinen Anstieg beim Cannabiskonsum, Konsum anderer Drogen, Verbrechen und anderen Formen riskanten Verhaltens.[31]

Auch über den Einfluss von Cannabiskonsum auf die Kriminalität im Allgemeinen liegen noch uneinheitliche Daten vor.[32] In einer neuseeländischen Studie untersuchten *Wilkens und Sweetsur* die strafrechtlichen Konsequenzen des Cannabiskonsums in den Jahren 1991 bis 2008.[33] In den zurückliegenden 35 Jahren gab es keine Veränderungen der strafrechtlichen Bestimmungen zum Cannabiskonsum. Die Autoren untersuchten, ob es in dieser Zeit eine Veränderung der Cannabis assoziierten Delikte gab. In ihrer Untersuchung waren die Zahlen der strafrechtlichen Sanktionen in diesem Zeitraum nicht nur nicht angestiegen, sondern sogar gefallen, und zwar sowohl bezogen auf Verhaftungen als auch auf Anklagen und Verurteilungen.[34] Die Autoren folgern, dass diese Effekte der sinkenden strafrechtlichen Relevanz von Cannabis bei gleichbleibenden strafrechtlichen Bestimmungen über 35 Jahren bei der Diskussion und Beurteilung des strafrechtlichen Sanktionsverhaltens bei kleineren Drogendelikten sehr bedeutsam sind.[35]

Pedersen und Skardhamar untersuchten den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und späteren kriminellen Anklagen bei einem norwegischen Sample von 1.353 Personen, die ab einem Alter von 13 bis 27 Jahren nachverfolgt wurden. Die Autoren fanden einen robusten Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und späteren Anklagen. Auch nachdem konfundierende Faktoren kontrolliert wurden, blieb der Zusammenhang zwischen Cannabis und Delinquenz robust.

---

[30] *Braakmann/Jones,* Cannabis depenalisation, drug consumption and crime- evidence from the 2004 cannabis declassification in the UK, Social Science and Medicine (2014), 115: 29-37; *Williams/Bretteville-Jensen*, Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use?, Journal of Health Economics (2014), 26: 20-32.

[31] *Braakmann/Jones* (Fn. 30); *Williams/Bretteville-Jensen* (Fn. 30).

[32] *Pedersen/Skardhamar*, Cannabis and Crime: Findings from a longitudinal study, Addiction (2010), 105:109-118*; Roehr*, Review fails to advise on cannabis use because of poor research BMJ, 2017, doi: 10.1136/bmj.j248.

[33] *Wilkins/Sweetsur*, Criminal justice outcomes for cannabis use offences in New Zealand, 1991-2008, International Journal of Drug Policy (2012), 23(6):505-11.

[34] *Wilkins/Sweetsur* (Fn. 33).

[35] *Wilkins/Sweetsur* (Fn. 33).

Nachdem die Autoren jedoch auch die drogenspezifischen Verurteilungen kontrolliert hatten, gab es keinen weiteren Zusammenhang der Anklagen mit dem Cannabiskonsum. Insofern war die Korrelation von Cannabiskonsum und strafbarem Verhalten im Wesentlichen durch die Strafbarkeit des Cannabiskonsums erklärbar.[36]

Selbst über den Einfluss von Cannabis auf das Fahrverhalten wird kontrovers berichtet: *Hartung et al.* untersuchten den Einfluss von Cannabis auf die Fähigkeit, ein Fahrrad zu fahren, um die Auswirkungen von Cannabis auf die Verkehrstüchtigkeit zu untersuchen.[37] Sie applizierten einen THC-Gehalt von 300 mcg THC pro Kilogramm Körpergewicht und fanden keine Cannabis induzierte Unfähigkeit, ein Fahrrad zu führen.[38] Eine andere Studie, die den Zusammenhang der Legalisierung von Marihuana und dem Fahrverhalten untersuchte, zeigte, dass der Effekt der Gesetzesänderung viel geringere Bedeutung für das Fahren unter Marihuanaeinfluss hatte als die Überzeugung, dass Fahren unter Substanzeinfluss unsicher und gefährlich ist.[39] *Davis et al.* untersuchten in einer online-Erhebung das Fahrverhalten nach Marihuanakonsum in Colorado und in Washington. Dabei bejahten 43,6 % der Teilnehmer, dass sie im vergangenen Jahr unter dem Einfluss von Marihuana ein Kraftfahrzeug geführt haben. Die Autoren folgerten aus ihren Daten, dass die Strafbarkeit und der Hinweis auf die Strafbarkeit des Fahrens unter dem Einfluss von Marihuana einen geringeren Effekt hatten als der Hinweis und das Wissen, dass das Fahren unter Marihuana gefährlicher ist. Insofern fordern die Autoren auf, insbesondere die Risiken, die mit dem Konsum verbunden sind, zu benennen und dadurch wirksam dem Fahren unter Drogeneinfluss entgegenzuwirken.[40]

Anders und eindeutiger sind wohl die Befunde zu den Auswirkungen auf Kinder, Jugendliche und Heranwachsende: *Williams und Bretteville-Jensen* berichten insbesondere bei den Minderjährigen über einen Anstieg des Cannabiskonsums nach der Liberalisierung.[41] Die ungünstige Bedeutung des Drogenkonsums auf die Persönlichkeitsentwicklung, das reifende Gehirn und die Sozialisation ist wissenschaftlich weitgehend akzeptiert.

---

[36] *Pedersen/Skardhamar* (Fn. 32).

[37] *Hartung/Schwender/Roth et al.*, The effect of cannabis on regular cannabis consumers' ability to ride a bicycle, International Journal of Legal Medicine (2016), 130 (3):711-21.

[38] *Hartung/Schwender/Roth et al.* (Fn. 37).

[39] *Davis/Allen/Duke et al.,* Correlates of Marijuana Drugged Driving and Openness to Driving While High: Evidence from Colorado and Washington, PLoS One, 2016 (22), 11(1):e0146853, doi: 10.1371/journal.pone.0146853.

[40] *Davis/Allen/Duke et al.* (Fn. 39).

[41] *Williams/Bretteville-Jensen* (Fn. 30).

V. Zusammenfassung

Die Diskussion zu Nutzen und Schädlichkeit von Cannabis polarisiert, sie wird nur selten so fachgerecht ausgetragen wie von *Henni und Ervinz*.[42] Nicht nur *Roehr* zufolge sind wissenschaftlich begründete Empfehlungen an die Politik auf Grund unzureichender Datenbasis kaum möglich.[43] Nichtsdestotrotz sind Drogenkonsum, auch der Konsum von Cannabis, mit ungünstigen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit bis hin zur möglichen Induktion von Psychosen, mit der Verschlechterung der Behandlungscompliance und einem ungünstigen sozialen Drift korreliert. In der forensischen Psychiatrie ist Drogenkonsum ein prognostisch ungünstiger Faktor, dies gilt auch für den Konsum von Cannabis. Studien widerlegen den Euphemismus, Cannabis sei eine harmlose und „friedliche" Droge. Stattdessen konnte ein Zusammenhang mit Cannabiskonsum und gewalttätigem Verhalten gezeigt werden. Dabei ist die Vulnerabilität im Kindes- und Jugendalter sowie im Alter des Heranwachsenden am erheblichsten. Dies erfordert sicher einen differenzierten Schutz dieser vulnerabelsten Gruppe. Bei der Anordnung und beim Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßnahme ist indes nach einem Konsum, Erwerb oder Besitz von Cannabis die Verhältnismäßigkeit der Strafandrohung abzuwägen und sorgsam im Blick zu behalten.

---

[42] *Haney/Evins*, Does Cannabis Cause, Exacerbate or Ameliorate Psychiatric Disorders? An Oversimplified Debate Discussed, Neuropsychopharmacology (2016), 41: 393-401.

[43] *Roehr* (Fn. 32).

4. TEIL: DER NICHTMEDIZINISCHE CANNABISKONSUM – DAS BEWERTUNGSPROBLEM

Der Umgang mit Drogen und Sucht in der liberalen Gesellschaft*

Prof. Dr. phil. Matthias Kaufmann

Gibt es ein menschliches Recht auf Sucht? Diese Frage mag der einen als Frage nach einem Recht auf Kriminalität erscheinen, dem anderen als Frage nach einem Recht auf Krankheit, je nach Einschätzung als Recht auf Lungenentzündung, auf Aids oder auf den Krebstod.

Aber so einfach ist es nicht. Nimmt man den ersten Weg und betont die Verwerflichkeit der Sucht, so wird sich die Frage nach dem Recht auf Sucht nicht zuletzt um die Frage nach dem Gebrauch verbotener Rauschmittel, aber auch nach der Berechtigung oder Nichtberechtigung ihres Verbotes drehen. Auf einer grundsätzlicheren Ebene geht es darum, ob es eine in irgendeinem Sinn rationale Entscheidung für ein durch Sucht bestimmtes Leben geben kann und darum, ob die Mehrheit, die diese Entscheidung missbilligt, berechtigt ist, sie strafrechtlich zu verfolgen.

Beschränkt man sich nicht auf die illegalen Drogen, so stellt man recht schnell fest, dass Sucht eine relativ häufige Begleiterscheinung gesellschaftlichen Lebens ist. Zu den suchtrelevanten Substanzen gehören nicht nur die legalen Drogen Alkohol und Nikotin, die gesamtgesellschaftlich weitaus größere gesundheitliche und

* Der vorliegende Text greift in aktualisierter und modifizierter Form auf Gedanken aus früheren Publikationen des Autors zurück, v.a. Drogenkonsum und Lebensentwurf, in: Joerden/Neumann (Hrsg.), Medizinethik 2, 2001, S. 153-165; Rausch und Sucht als philosophisches Problem, in: Kaufmann (Hrsg.), Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht, 2003.

ökonomische Schäden anrichten als die illegalen Drogen,[1] sondern auch solche Stoffe, die als Medikamente ärztlich verschrieben werden. Auf das Suchtpotenzial der Benzodiazepine hatten Fachleute vor Jahrzehnten hingewiesen, inzwischen gibt es ganze Fernsehsendungen dazu.[2] Aber auch der Kaffee besaß keineswegs immer den Status eines eher harmlosen Gesellschaftsgetränks, sondern trug möglicherweise gegen Ende des 17. und zu Beginn des 18. Jahrhunderts als neue Modedroge mit dazu bei, den „Sauffteuffel" zurückzudrängen.[3] Wie wir wissen, gibt es noch zahlreiche andere Formen des Suchtverhaltens; erinnert sei an die Spielsüchtigen und die Computer- und Internetjunkies, für die die meisten der folgenden Überlegungen ebenfalls gelten. Wenn es aber ein Recht auf ein solches Verhalten geben soll, so muss es sich rational begründen lassen. Daran sind Zweifel angebracht.

I. Gibt es eine rationale Entscheidung für die Sucht?

Sucht ist nicht unbedingt ein durchgängig negativ besetztes Randgruppenphänomen. Man mag es noch als frivole Koketterie einordnen, wenn eine der großen Modefirmen eine ganze Kosmetiklinie mit dem Label *addict* benennt oder wenn es eine aus zwei jungen Frauen bestehende Band namens „Suchtpotenzial" gibt. Ein anderes Beispiel könnte mittlerweile seltener werden, doch war es bis vor nicht allzu langer Zeit üblich, dass Menschen aus der berühmten Mitte der Gesellschaft einander nicht ohne Stolz erzählten, was sie als „echte Raucher" alles auf sich nahmen, um den Nikotinbedarf zu decken. Wir werden im nächsten Winter vor Restaurants und Lokalen aller Art wieder Anschauungsunterricht für diese Leidensbereitschaft bekommen.

Wenn Sucht dennoch einer überwiegend ablehnenden Einschätzung unterliegt, so ist dies auf das problematische Verhalten vieler Süchtiger zurückzuführen, unter dem fast immer die Angehörigen, oft die weitere Umgebung zu leiden haben, zumeist auch der Süchtige selbst, der, wie man es immer wieder formuliert hat, zu einem Menschen wird, der er nicht sein will.

Damit wir uns in etwa darauf verständigen, was wir mit diesem süchtigen Verhalten meinen, seien im Folgenden Elemente einer nach wie vor plausiblen Begriffsklärung aus einer Studie von *Felix Tretter* und *Angelica Müller* aus dem Jahr 2001 angeführt:[4]

[1] *Bussmann*, Freiheit – Gesellschaftliche Entwicklung – Disziplinierung und Rausch, in: Kaufmann (Hrsg.), Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht, 2003, S. 103 ff.

[2] Dass etwa auch die ärztliche Verschreibungspraxis von Beruhigungsmitteln nicht unproblematisch ist (vgl. z.B. *Luderer*, Seelenfrieden auf Rezept. Zur ärztlichen Verschreibung von Benzodiazepinen, in: Kaufmann (Fn. 1), S. 183 ff.), sei angemerkt, jedoch der Einfachheit halber hier beiseite gelassen.

[3] *Spode*, Die Macht der Trunkenheit: Kultur und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland, 1993, S. 87 f.

[4] *Tretter/Müller*, Grundaspekte der Sucht, in: dies. (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht, 2001, S. 17-32.

„1. Es handelt sich um ein übermäßiges Verhalten in Hinblick auf die Menge, die Dauer und/oder die Häufigkeit des Verhaltens. Charakteristisches Kennzeichen ist die Unfähigkeit, sich dem Verhalten gegenüber distanzieren bzw. enthalten zu können [....]".

Häufig tritt eine Toleranzentwicklung ein, die bei Suchtstoffen immer höhere Dosen erforderlich machen, um den gewünschten Effekt zu erzielen: „2. Das Verhalten ist mit der Erzeugung von Lustzuständen bzw. der Minderung von Unlustzuständen verbunden."

Konkretes Ziel süchtigen Verhaltens ist für gewöhnlich schlicht das Vermeiden oder Beseitigen von Entzugserscheinungen:„3. Es handelt sich um ein krankheitswertiges Geschehen, ..."[5].

Wenige Menschen entscheiden sich dafür, süchtig zu werden; den meisten widerfährt dies allmählich. Dennoch kann man fragen, inwieweit von einer Wahl, womöglich noch einer vernünftigen Wahl, einer *rational choice* die Rede sein *kann*. In Autobiographien von Betroffenen finden sich nicht selten Hinweise, die entweder die momentanen Glücksgefühle so hoch ansetzen, dass man den späteren Abstieg vielleicht als durchaus akzeptablen Kostenfaktor in Kauf zu nehmen bereit sein könnte. Manche äußern sogar, sie hätten sich in Kenntnis der Folgen sehr bewusst für eine Drogenkarriere entschieden.

Wenn *Thomas de Quincey* im frühen 19. Jahrhundert in seinen „Confessions of an English Opium Eater" über seine erste Bekanntschaft mit dem Opium schwärmt: „[...] mit einem Schlag hielt ich das Geheimnis des Glücks in den Händen, über das die Philosophen seit Jahrhunderten diskutiert hatten"[6] und bis zu seiner völligen Abhängigkeit von der Droge immerhin acht Jahre vergehen, so könnte eine von manchen Autoren vorgebrachte Variante der rational choice-Theorie einige intuitive Plausibilität gewinnen, nach der bei starker Diskontierung der Zukunft in den individuellen Präferenzstrukturen die Entscheidung für suchterzeugende Drogen rational sein kann.[7] Diese Plausibilität schwindet deutlich, wenn sich diese Phase auf wenige Wochen verkürzt, wie dies bei den „Kindern vom Bahnhof Zoo" beschrieben wird. Bei Crystal Meth wird in Tageszeitungen immer wieder berichtet, die Sucht setze mit dem ersten Konsum ein, doch auch im Ärzteblatt hebt eine Autorin die hohe Gefahr hervor, durch Crystal Meth in kürzester Zeit abhängig zu werden, nennt es „die problematischste Substanz unter den Amphetaminen".[8] Der theoretische Ertrag des genannten Typs von Studien zur rational choice-Theorie beschränkt sich dann trotz erheblichen mathematisch-technischen Aufwands auf die – ebenso richtige wie banale – Feststellung, dass

---

[5] *Tretter/Müller* (Fn. 4), S. 23.

[6] Zitiert nach *Sissa*, Die Lust und das böse Verlangen. Eine Philosophie der Droge, 1999, S. 13.

[7] So *Becker/Murphy* in einem 1988 verfassten und 1999 von Ole Jørgen Skog kritisch diskutierten Text, vgl. *Skog*, Rationality, Irrationality and Additction – Notes on Becker's and Murphy's Theory of Action, in: John Elster/Ole Jorgen Skog, Getting Hooked. Rationality and Addiction, 1999, 173-207.

[8] *Bühring*, Crystal Meth: Erstmals fachliche Evidenz, Deutsches Ärzteblatt (2016), 113(49).

jemand, dem seine Zukunft völlig egal ist, keinen rationalen Grund hat, jetzt auf eine Annehmlichkeit zu verzichten. Die von so vielen Betroffenen so oft wiederholte Feststellung, man sei zu einem Menschen geworden, der man nicht sein wolle, die einen gewissen Prognosewert für die besitzt, die am Anfang ihres Drogenlebens stehen, lassen die Zweifel an der „Rationalität“ einer solchen Entscheidung weiter anwachsen. Vielen von uns dürfte es schwerfallen, das Wort „rational“ auf derart abgesonderte Einzelfälle anzuwenden und von der Frage nach dem vernünftigen Lebensentwurf abzulösen.

Es gibt ferner die Fälle, in denen Menschen aus einem romantischen Lebensgefühl den Weg in den Untergang bis hin zum Drogentod einschlagen.[9] Die damit verbundene Selbststilisierung der an der Welt zerbrechenden ungewöhnlichen Persönlichkeit lebt schon von seiner Konzeption her davon, dass er den Wenigen vorbehalten ist, daher nichts für die Allzuvielen sein kann. Der Entschluss, tragisch an der Welt scheitern zu wollen, gerät leicht zur reinen Pose, da ihm kein tragischer Konflikt zugrunde liegt, sondern ein solcher zum Zweck der Selbsterhöhung erst erzeugt wird. Insbesondere auf Jugendliche, die ihren Platz und ihre Identität in einer extrem komplizierten und nicht allzu freundlichen Welt zu finden haben, was nicht selten durch Abgrenzung und Ablehnung des Bestehenden geschieht, wirkt diese romantische Konzeption gleichwohl oft inspirierend und attraktiv. Ihnen gegenüber sind nicht nur Aufklärungskampagnen über die unerwünschte Wirkung von Drogen angebracht, sondern mehr noch Reflexionen darüber, ob dieser Lebensentwurf hält, was sie sich davon versprechen, ob er so interessant und profilierend ist, wie sie es erwarten. Unabhängig davon, wie viele oder wie wenige bewusste Entscheidungen es für diesen Lebensweg de facto gibt, ist es für die Suchtprävention nicht irrelevant, diesem dunklen, gleichsam mythischen Sog der Drogenszene entgegenzuwirken.

Es kann somit nach allem, was wir wissen, als wenig empfehlenswert angesehen werden, sich *bewusst* für ein Leben in der Sucht zu entscheiden.

II. Wie geht man mit Süchtigen um?

Heißt dies aber, dass wir eine solche Entscheidung unter Strafe stellen dürfen oder müssen? Dies tun wir letztlich, wenn wir Menschen, die sich die zur Vermeidung von Entzugserscheinungen erforderlichen Drogen kaufen, wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz bestrafen. Vergleichen wir unsere Reaktion auf den Umgang mit illegalen Drogen einmal mit anderem Risikoverhalten, etwa Bergsteigen, Ski- oder Skateboard fahren,[10] so scheint es konsequent, dass mittlerweile zumindest die Möglichkeit eingeräumt wurde, bei geringen Mengen von einer

[9] *Tretter*, Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge, 1998, Kapitel 12.

[10] *Zitterbarth*, Kann es schlecht für mich sein, mir eine Freude zu machen? Drogenkonsum als riskantes Verhalten in der Risikogesellschaft, in: Kaufmann (Fn. 1), S. 193 ff.

Strafverfolgung abzusehen, selbst wenn alle rationalen Erwägungen gegen den Gebrauch der so genannten harten Drogen sprechen.

Bei aller Flexibilität in diesem Bereich lässt sich ein gewisses Maß an Paternalismus ebenso rechtfertigen, wie wir eine Helmpflicht für Motorradfahrer und eine Gurtpflicht für Autofahrer aus guten Gründen beibehalten und Zuwiderhandeln mit teilweise empfindlichen Geldbußen belegen. Es geht mir also um die Differenz zwischen einer abzulehnenden Kriminalisierung des Süchtigen und der möglicherweise akzeptablen Sanktionierung des Drogenkonsums, um neue Fälle von Sucht so weit wie möglich zu verhindern. Die Frage, ob man möglicherweise bei Suchtkranken auch den Besitz größerer Mengen straffrei lassen kann, weil sie wesentliche Teile ihrer Steuerungs- und Zurechnungsfähigkeit verloren haben, weist darauf hin, dass sich die Einschätzung der Sucht als Krankheit weitestgehend durchgesetzt hat.

In dem Moment, wo wir Sucht als Krankheit begreifen, stellt die Rede von einem menschlichen Recht auf Sucht eine etwas merkwürdige Formulierung des Rechts auf die beste nach medizinischen Kriterien angezeigte Behandlung dar. Dazu kann Methadonbehandlung und im indizierten Fall bei Schwerstabhängigen auch die Heroinsubstitution gehören. Hier haben wir bereits einen Fall des Einsatzes von Drogen in der Medizin. Gegenüber moralischen wie rechtlichen Bedenken, etwa gegen den Einsatz von Heroin, kann man hier festhalten, dass Drogensüchtige ebenso ein Recht auf bestmögliche Behandlung haben wie wegen unvorsichtiger Fahrweise verunglückte Motorradfahrer und bei Schießereien verletzte Gangster, auch wenn wir alle Anstrengungen unternehmen sollten, Menschen vom Gebrauch harter Drogen ebenso abzuhalten wie vom unvorsichtigen Fahren und erst recht von einer kriminellen Laufbahn. 2008 forderte die Landesärztekammer Baden-Württemberg eine Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, „bei der die medizinische Behandlung Opiatabhängiger nicht mit strafrechtlichen Mitteln reguliert wird“[11].

Wenn man Paternalismus im Umgang mit Drogen rechtfertigt, gilt es natürlich die Grenzen des Eingreifens zu benennen. Schließlich hätte ein totales Verbot psychoaktiver Substanzen Probleme bis hin zu Legitimitätskrisen des Staates wie während der amerikanischen Prohibitionszeit zur Folge. Gibt es dann ein Menschenrecht auf den „Motor der Sucht“, auf den Rausch?

III. Ein Recht auf Drogenkonsum? Ein Recht auf Rausch?

Ein Weg, Menschenrechte zu erklären, ist sie als Legitimitätsbedingungen für Herrschaftsansprüche zu deklarieren. Welches diese Bedingungen sind, lässt sich in unterschiedlicher Weise erörtern. Ein für unseren Zusammenhang sehr hilfreicher Ansatz ist der so genannte capability-approach, den insbesondere *Martha Nuss-*

[11] Vgl. Ärzteblatt Baden-Württemberg 07 (2008), S. 310.

baum[12] und *Amartya Sen*[13] propagieren: Man reflektiert auf die elementaren Fähigkeiten, die den Menschen für gewöhnlich zu eigen sind, die einen Menschen zum Menschen machen und deren Ausübung einem Menschen ermöglicht sein muss, damit man von einem menschenwürdigen Leben sprechen kann. Es klingt dabei zunächst etwas merkwürdig, wenn von einer Fähigkeit zum Überleben, zur Gesundheit und zur körperlichen Integrität die Rede ist. Es ist einleuchtend, wenn die Fähigkeiten zur Entwicklung der Sinne und des Verstandes, zur Emotionalität, zum Gebrauch der praktischen Vernunft, zum Austausch mit anderen Menschen oder auch zu Humor und Entspannung angesprochen sind. Nun könnte man als anthropologische Konstante die Fähigkeit zur Berauschung konstatieren und entsprechend das Recht dazu als Teil eines menschenwürdigen Lebens postulieren.

Um zu fragen, inwieweit Drogen zum menschlichen Leben gehören, gilt es die Gründe anzusehen, aus denen die Menschen zu ihnen greifen und es gilt deren Stichhaltigkeit zu überprüfen. Es seien grob therapeutische Gründe, die Suche nach Erkenntnis und die Suche nach Lust und Glück unterschieden.

1. Therapeutischer Drogenkonsum erfolgt aus einem oder mehreren dieser Motive:[14]

Erstens dienen Drogen als Mittel zur Entspannung und zur Stressabfuhr. Maßvoller „recreational use“ gilt zumeist als unproblematisch. Zweitens werden Drogen zur Kompensation von Frustrationen benutzt. Dies reicht vom Politiker, der einen Schnaps trinkt, weil er sich über einen ihn betreffenden Zeitungsartikel geärgert hat, bis zum vernachlässigten Jugendlichen, der eine Drogenkarriere beginnt. Drittens wäre das Abdämpfen von Überreiztheiten anzusprechen, das man als akute Version der beiden vorangehenden Fälle oder auch als eigenen Verwendungsbereich von Drogen ansehen mag. Liebeskummer, Prüfungsangst, Unvermögen, nach Stresssituationen abzuschalten, Schmerz über eine erlittene Demütigung werden durch Rauschmittel, sei es Alkohol, sei es Heroin, seien es Tranquilizer gelindert.

Viertens kann aber auch gerade die stimulierende Wirkung mancher Substanzen das Motiv für ihre Einnahme darstellen. Der magenmordend starke Kaffee und das koffeinhaltige Getränk, welches angeblich Flügel verleiht, das Glas Sekt und das Aufputschmittel, welches den Fernfahrer am Einschlafen hindern soll, haben in diversen sozialen Zirkeln bereits ihre eigenen Mythen geschaffen. Auch Kokain und Crystal Meth werden aus diesen Gründen benutzt. Da die Problematik des Dopings wieder ein eigenes Diskursfeld eröffnet, sei sie hier nur erwähnt.[15]

Fünftens nun kann diese Stimulierung auch die soziale Kompetenz erhöhen oder Hemmungen vor dem Auftritt in der Öffentlichkeit abbauen: „Der Trunk löst

---

[12] Frontiers of Justice, 2006, S. 76 ff., S. 286 ff.

[13] The Idea of Justice, 2009, S. 225 ff.

[14] Vgl. *Bühringer*, Drogenabhängig, 1992; *Tretter* (Fn. 9), Kapitel 14.

[15] Vgl. hierzu näher *Albrecht*, Doping und Wettbewerb: Eine ethische Reflexion, 2008.

die Zunge. Er öffnet aber auch das Herz und ist ein materiales Vehikel einer moralischen Eigenschaft, nämlich der Offenherzigkeit." Der Autor dieses Satzes, der nicht eben durch Trunksucht bekannte *Immanuel Kant*, hat auch Verständnis für das negative Urteil der Zecher über den, der beim „Gelage sehr mäßig sei: weil er einen Aufmerker vorstellt, der auf die Fehler der Anderen acht hat, mit den seinen aber zurückhält"[16].

Das Dilemma im Umgang mit Drogen liegt nicht zuletzt darin, dass diese ihre Aufgaben in gewissem Maße auch erfüllen, nicht zuletzt daher rührt ihre Attraktivität, dass es dazu bei längerfristiger Benutzung jedoch aufgrund der Gewöhnung meist einer immer höheren Dosierung mit entsprechenden, vielfach bekannten Nebenwirkungen bedarf: „[...] das ist die Algebra der Begierde [...]. Jenseits einer bestimmten Frequenz kann dieses Bedürfnis nicht mehr gebremst werden und kennt keine Grenzen mehr"[17]

2. Wenn es um Erkenntnisgewinn geht, so kann man sich beispielsweise der angeblich bewusstseinserweiternden Wirkung bestimmter Drogen entsinnen, von der in den späten 1960er Jahren so oft die Rede war. Wohlbekannt ist, dass LSD, Mescalin, halluzinogene Pilze und andere Stoffe die Sinneswahrnehmung beeinflussen. Strittig ist, ob die unter Drogeneinfluss vorgenommene Um- oder Neuinterpretation der Welt neue, eigenständige Wirklichkeiten entstehen oder einen uns bisher unbekannten Teil der objektiven Wirklichkeit erkennbar werden lässt. Plausibler ist, dass sie uns lediglich zeigt, wie eine konkrete Person die Wirkung einer Droge erlebt.

Sinneswahrnehmungen sind ebenso wenig wie Empfindungen isolierte Ereignisse. Erst durch die Einordnung in das Netzwerk unserer Überzeugungen über die Welt, in das Geflecht unserer Erfahrungen und Erwartungen sagen sie uns etwas über die Welt. Wenn man dem entgegenhält, da entstehe eben ein neues, vielleicht besseres Netzwerk von Überzeugungen, so lässt sich die Tauglichkeit desselben zumindest für die Fälle in Zweifel ziehen, in denen Drogenkonsumenten sich unter dem Einfluss von LSD für Vögel halten und glauben, fliegen zu können, oder für Felswände, denen die herannahende Straßenbahn nichts anzuhaben vermag. Die Authentizität derartiger Berichte wird hin und wieder in Zweifel gezogen, doch scheint einigermaßen belegt, dass unter dem Einfluss halluzinogener Drogen drastische, irrige Urteile über mögliche Gefahren nicht unwahrscheinlich sind. Durch Drogen wird daher wohl weniger eine völlig neue, von uns losgelöste Wirklichkeit hinzugefügt oder ein unbekannter Teil der einen Wirklichkeit erschlossen, eher können Drogen unsere Deutung der Welt beeinflussen, keineswegs immer vorteilhaft. Von dem einen wird sie als Erweiterung des Gesichtsfeldes und damit als Bereicherung angesehen, als Erfahrung, „die ich nicht missen möchte", vom

[16] *Kant*, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, S. 171, in: Akademie-Ausgabe Bd. VII; Kaufmann (Hrsg.), Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht. Vom Umgang mit Drogen in der liberalen Gesellschaft, 2003.

[17] *Borroughs*, Junkie (1953), dt. 1996, S. 2 f.

anderen als bedrohliche Verunsicherung. Indem man die besondere Art des Wissens, die Drogenbenutzer gerne in Anspruch nehmen, auf das in der Tat nicht jeder und jedem zuteil gewordene Wissen reduziert, wie man sich unter dem Einfluss eines bestimmten Stoffes fühlt, kann man zu dessen Entmystifizierung beitragen, die für den Beginn einer positiven Prävention sicherlich nützlich ist. Ein weiterer Schritt positiver Prävention liegt dann in dem Versuch, den Menschen bei der Erschaffung einer möglichst reichen Erfahrungswelt Hilfestellungen zu geben, so dass der Rückgriff auf derart künstliche Zusätze eher überflüssig, wenn nicht störend wirkt oder allenfalls eine Nebenrolle spielt. Eine Unverzichtbarkeit dieser Stoffe für die Entwicklung unserer intellektuellen Fähigkeiten scheint nach dem, was wir wissen, daher nicht gegeben.

3. Die Frage, inwieweit die Drogen zu einem geglückten im Sinne eines lustvollen Lebens beitragen können, erfordert eine Differenzierung des Begriffs Hedonismus: Man sollte eine dem Epikuräismus nahestehende moderate Variante von einer auf das tatsächliche rauschhafte Erleben gerichteten und an die natürlichen Grenzen des Menschenmöglichen stoßenden und ferner von einer zum Zweck der Argumentation konstruierten idealtypischen Variante unterscheiden.

In seiner moderaten Form identifiziert der Hedonismus die Lust mit der Schmerzfreiheit und findet hierfür zumindest insoweit Unterstützung im gegenwärtigen common sense, als Schmerzfreiheit als ein Gut angesehen wird, wofür man bereit ist, notfalls auch das Leben des Patienten gefährdende oder gar verkürzende Medikamentierungen, etwa durch Morphiuminjektionen, einzusetzen. Dehnt man dies aus auf den Umgang mit der alltäglichen Sorge,[18] so kann man gemäß *Freuds* Rede von den Drogen als „Sorgenbrecher“[19] diese zunächst als Mittel seelischer Anästhesie deuten. Dies schließt direkt an den therapeutischen Gebrauch der Drogen an.

In der aggressiveren Form des Verlangens nach dauerhaft rauschhaftem Erleben stößt der mit der Drogeneinnahme verknüpfte Hedonismus als realer Lebensentwurf zumeist an unterschiedliche Grenzen seiner Realisierbarkeit. Dies beginnt mit finanziellen Problemen bei der Beschaffung der erforderlichen Drogen, die viele Menschen zu Verhaltensweisen bringen, welche nur schwerlich noch als lustvoll beschreibbar sind. Ein derartiger Hedonismus ist kaum noch als solcher zu bezeichnen. Gerade um diese Abhängigkeit von kontingenten Umständen zu vermeiden, um das Erreichen des Ziels der Schmerzfreiheit sicherzustellen, fordert *Epikur* die Menschen auf, ihre Bedürfnisse auf das Notwendige zu beschränken, auf die Beseitigung des Mangels an Nahrung, Kleidung und Wohnung. Die häufigen Berichte von Angstzuständen bei Drogensüchtigen, die schmerzhaften Entzugserscheinungen und die Abhängigkeit von äußeren Zufällen lassen diesen Le-

[18] *Sissa* (Fn. 6), S. 47 ff., S. 211; vgl. *Heidegger*, Sein und Zeit, 1979, §§ 39 ff.

[19] *Freud*, Das Unbehagen in der Kultur. Und andere kulturtheoretische Schriften, 1994, zit. nach *Sissa* (Fn. 6), S. 194.

bensentwurf kaum als vereinbar mit dem Epikuräismus erscheinen. Die Philosophin *Giulia Sissa* vertrat die Ansicht, das Schicksal des philosophisch gebildeten, mehr oder minder explizit an Epikur ausgerichteten Thomas de Quincey, der schließlich doch in die Sucht abglitt, stelle eine Widerlegung des Epikuräismus dar.[20] Nach dem Gesagten erscheint es eher so, als sei de Quincey nicht zur Realisierung einer epikuräischen Lebensform fähig gewesen. Anscheinend ist ein konsequenter Epikuräismus schwieriger zu realisieren, als man glaubt.

Eine neue Überlegung wird erforderlich, wenn wir einmal annehmen, Lust sei, etwa durch eine entsprechende Maschine, ohne negative Folgen zu erreichen und uns dann überlegen, ob ein auf dieses Erreichen der Lust ausgerichtetes Leben erstrebenswert ist,[21] ob es, im Fall des Erfolges, das Ziel aller Wünsche, das Paradies auf Erden darstellt. Hier hilft eine von *Aristoteles* angestellte Überlegung, um den Zweifel daran zu vertiefen, dass ein auf Drogengebrauch ausgerichtetes Leben eine rationale Wahl darstellen kann. *Aristoteles* bestreitet nicht, dass die Lust ein Gut ist, er verteidigt dies ausdrücklich gegen solche, die es verneinen. Er zeigt jedoch, dass sie nicht das höchste Gut ist, weil die Lust durch das Hinzukommen von Einsicht, Tugend und anderen Gütern verbessert werden kann und deshalb nicht bereits jenes höchste Gut gewesen sein kann, als welches er im ersten Buch die eudaimonia, die Glückseligkeit bestimmt hatte.[22] Glück besteht also nicht allein in der Lust.

Mehr als zweitausend Jahre später, 1861, erläutert der englische Philosoph *John Stuart Mill* sein bekanntes Diktum, es sei besser, ein unglücklicher Sokrates als ein zufriedener Narr zu sein: Zum vollständigen menschlichen Glück gehört Selbstachtung, die Fähigkeit zur freien Entscheidung, zur kreativen Tätigkeit, „to the love of power", zur Begeisterung, am Besten nennt man es einen Sinn für Würde. Dies alles trägt dazu bei, dass Menschen kaum ihre Fähigkeiten in der beschriebenen Weise gerne aufgäben.[23] Wir sind also wieder bei den capabilities, den Fähigkeiten der Aristotelikerin *Martha Nussbaum*, deren Ausübung ermöglicht sein muss, damit man von einem menschenwürdigen Leben sprechen kann. Für den Drogenkonsum bedeutet dies, dass er dann nicht zum gelungenen Leben gehören kann, wenn er diese Art von Tätigsein nachhaltig behindert.

Für die menschliche Erkenntnis scheinen Drogen also kaum erkennbare Vorteile zu bringen, für ein geglücktes Leben können sie sogar eine Bedrohung darstellen: Man verpasst bei dauerhaftem und intensivem Drogenkonsum die Ausbildung der persönlichen Fähigkeiten gerade deshalb, weil man sich den Besitz dieser Fähigkeiten mittels der Droge suggeriert, anstatt sie tatsächlich zu entwickeln. Drogen täuschen uns auf der Empfindungs- und Gefühlsebene, indem sie uns vergessen lassen, dass wir eigentlich Schmerzen empfinden müssten, indem sie die Gren-

[20] *Sissa* (Fn. 6), S. 98.

[21] Vgl. *Leist*, Können Drogen ein Teil des guten Lebens sein?, in: Universitas 54, 1999, S. 782 ff.

[22] 1072b 26 – 1073a 12, vgl. I 5, 1097b 14 ff.

[23] *Mill*, Der Utilitarismus*,* 1976, S. 9.

zen unserer Leistungsfähigkeit verändern, indem sie uns euphorisch fühlen lassen, auch wenn es dazu keinen Anlass gibt. Die therapeutische Verwendung ist ferner zu unspezifisch, um auf ein entsprechendes Recht auf Drogenkonsum schließen zu können.

IV. Gibt es dennoch so etwas wie ein „Recht auf Rausch"?

Allerdings muss ein Recht auf Drogenkonsum nicht eo ipso als „vorstaatliches" einklagbares Menschenrecht auf Berauschung angesehen werden. Dies wäre nach den eben angestellten Überlegungen ziemlich unplausibel. Man kann die Behauptung eines derartigen Rechtes auch als Abwehr gegen die stets vorhandene Neigung des Staates verstehen, sich in den privater Selbstbestimmung der Individuen vorbehaltenen Bereich einzumischen, da nach einem alten liberalen Grundsatz der einzige legitime Grund für eine derartige Einmischung der Schutz der anderen Bürger sein kann.

Wenn Lust für *Aristoteles* zwar nicht das höchste Gut, wohl aber eine das Tun vervollkommnende Begleiterscheinung ist, so besitzt dies gegenüber dem epikuräischen Vorgehen den Vorteil, dass sie nicht auf die reine Mangelbeseitigung reduziert wird. Das von der Lust begleitete Tun muss indessen nicht notwendig eine um ihrer selbst willen verübte *praxis* im hochgestochenen Sinn der *vita contemplativa* sein. Auch das Wahrnehmen, das Riechen, Schmecken, Sehen, Hören gehört zu den Tätigkeiten, die durch Lust vervollkommnet werden können, und hier können in Maßen konsumierte Drogen – das berühmte gute Glas Wein zum Beispiel – sehr wohl förderlich sein. Ähnliches gilt auch für Tätigkeiten, die wir um ihrer selbst willen tun, wie etwa das gesellige Beisammensein, in welchem wir das „Resonanzverlangen unserer Person"[24] befriedigen, bei dem entsprechende Getränke manchmal die Kommunikation erleichtern, wie auch im oben angeführten Kant-Zitat erwähnt wird. Drogen können da ein Teil des gelungenen Lebens sein, wo sie Tätigkeiten gemäß den menschlichen Fähigkeiten begleiten.[25]

Diejenigen unter den bekannten Drogenbenutzern, denen es gelang, über längere, manchmal über lange Zeit hinweg intensiven Drogenkonsum mit einem nach außen akzeptablen oder sogar erstrebenswerten Leben zu verbinden, oder jedenfalls immer wieder dazu zurückzufinden, besaßen zumeist, wenn nicht allesamt einen Schwerpunkt des Lebens, der nicht im Drogenkonsum aufging, der vielleicht damit verknüpft (vgl. *Edgar Allen Poe, Edith Piaf, Jim Morrison*), aber nicht darauf reduzierbar war. Dazu gehörten Künstler, aber auch berühmte Politiker und einige Wissenschaftler. Wenn *Sissa* betont: „Der rettende Ausweg ist das intellektuelle Leben"[26], so ist diese Hoffnung auf die heilende Wirkung der „geistigen Passion"

[24] *Plessner*, Grenzen der Gemeinschaft, in: ders. (Hrsg.), Ges. Schriften Bd. V, 1981, S. 114.
[25] So auch *Leist* (Fn. 21).
[26] *Sissa* (Fn. 6), S. 125.

insofern zu relativieren, als intellektuelles Leben durchaus lange Zeit mit exzessivem Drogenkonsum zusammen bestehen kann.

Da Lust trotz allem ein Gut darstellt, bedarf es triftiger Gründe für ein Verbot von Substanzen, die geeignet sind, sie zu bewirken oder auch Unlust zu beseitigen. Es gibt zunächst einmal eine Vermutung zugunsten der Freiheit zum Konsum der Substanzen, die man gerne zu sich nehmen möchte. Die guten Gründe zum Verbot kann es andererseits sehr wohl auch in einer liberalen Gesellschaft geben, die ihrem Selbstverständnis nach eher bereit ist, ein gewisses Maß an Selbst- und Fremdgefährdung in Kauf zu nehmen, als die individuelle freie Entfaltung und die Suche nach dem gelungenen Leben durch Verbote einzuschränken. Das Argument für das Verbot besteht eben darin, dass die mit der Freigabe bestimmter Drogen verbundene Gefährdung der Allgemeinheit sowie die Schädigung der Betroffenen das akzeptable Maß übersteigen. Umstritten bleibt, welche Substanzen verboten, welche erlaubt werden sollen. Angesichts der Bedrohung, die gerade von legalen Drogen ausgeht, spricht auf der einen Seite wenig dafür, die Anzahl der legalen Drogen zu erhöhen. Auf der anderen Seite führte ein völliges Verbot etwa in den Vereinigten Staaten der Prohibitionszeit in eine Legitimitätskrise des Staates und eine irreversible Stärkung des organisierten Verbrechens. Nicht unbedingt muss man ferner bei der Wahl der legalisierten und der in der Illegalität verbleibenden Substanzen nach „objektiver“ Gefährdungslage handeln. Es sind auch historisch gewachsene Strukturen zu berücksichtigen. Diese sprechen in Europa eher zugunsten des Alkohols im Vergleich zum Cannabis, ohne die enormen Probleme in Abrede zu stellen, welche der verbreitete Alkoholismus verursacht.

Statt jedoch der weiteren Entwicklung einer Hanfindustrie Vorschub zu leisten, die sich an den Kosten der unerwünschten Folgeschäden ihrer Produkte ebenso wenig beteiligen wird wie die Großbrauereien und die Tabakkonzerne, wäre es besser, wenn die Behörden im Umgang mit Cannabis-Konsumenten, insbesondere beim medizinischen Gebrauch, Augenmaß beweisen. Das Argument, mit solcher Zurückhaltung oder gar etwa mit Heroin-Substitution beteilige sich der Staat an der Kriminalität, ist insofern nicht stichhaltig, als nach liberalen Grundsätzen erst einmal das Verbot begründet werden muss, nicht etwa die Einschränkung des Verbotes.

Wissenschaft, Risikodiskurse und die Cannabis-Debatte

apl. Prof. Dr. phil. Dr. med. Dr. rer. pol. Felix Tretter

I. Einführung: Vielschichtigkeit des Cannabis-Diskurses – Integration nicht möglich?

Die Debatte um den „angemessenen" gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis ist, vor allem in Deutschland, sehr ideologisiert, emotionalisiert und polarisiert und lässt sich so schematisieren: (a) *Konservieren* des status quo der *Pönalisierung* oder (b) *Liberalisieren* in Richtung *Legalisierung*. Beide Pole finden sich jeweils auf zwei *unverbundenen Fachebenen*, nämlich auf der psychiatrisch-medizinischen Ebene und auf der strafrechtlichen Ebene. Eine dritte Ebene ist die politische Ebene, die der rechtlichen sehr nahesteht und (implizit) einen ideellen Rahmen setzt.

„Konservierer", wie hier Akteure als Protagonisten der Fortführung der betäubungsmittelrechtlichen Einordnung von Cannabis-Besitz/-Konsum verkürzend bezeichnet werden sollen, behaupten warnend, dass Meldungen von Seiten der Neuropsychiatrie über Hirnschäden, das Psychoserisiko und die Suchtrisiken mehr beachtet werden müssten.[1] Auch auf der rechtlichen Ebene wird bei konservativen Positionen mit Blick auf den „War on drugs" der USA der Bezug zu internationa-

[1] *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),* Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums, Stellungnahme vom 7.12.2015, abrufbar unter https://www.bundestag.de/blob/415110/b81360ae0fa2eb05b5519ff91f9ff940/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie---psychosomatik-und-nervenheilkunde-e--v---dgppn--data.pdf [Zugriff am 03.05.2017]; *Hoch/Bonnet/Thomasius et al.,* Risks associated with the non-medicinal use of cannabis, Deutsches Ärzteblatt International (2015), 112: 271-8.

len Verpflichtungen der Cannabis-Prohibition hergestellt, wenngleich dort, gerade in Colorado, diese Vereinbarung offensichtlich ignoriert wird.

„Liberalisierer“ hingegen, hier verstanden als Protagonisten in Richtung Legalisierung, halten das Strafrecht zunächst in der Form des Betäubungsmittelgesetzes als für überdimensioniert, da es u.a. vermutlich nicht so stark verhaltensregulativ wirksam sei und zu einer sekundären Kriminalisierung führe.[2] Nicht nur prominente Akteure aus dem Strafrecht und der Psychiatrie, sondern auch aus der somatischen Medizin, der Ökonomie und natürlich der Politik melden sich in den letzten Jahren mit pointierten Pro- oder Contra-Positionen zu Wort, ohne dass ein umfassender tragfähiger inter- und transdisziplinärer Konsens angestrebt oder gar erreicht wurde (s. Tab.1). Zwar sind sich nahezu alle Diskursteilnehmer darin einig, dass Cannabis als *medizinische Therapie* intensiver beforscht werden muss, doch geht die Beurteilung der Risiken des Cannabisgebrauchs im rekreationalen Bereich diametral auseinander.[3] Wohl gibt es auch einen großen Konsens im Hinblick auf den Jugendschutz, aber zur Art der betreffenden Sanktionsmaßnahmen besteht ebenso Dissens wie zur Frage des Umgangs mit dem Erwachsenenrecht.

Die Kontroverse zeigt Verhaltensmerkmale der Rationalisierung, der Verdrängung wie auch der Verleugnung, kurz gesagt: die gesamte Palette der Psychodynamik der *unbewussten Abwehrmechanismen*. Auch ist die Faktenbasis bei manchen Argumenten nicht sehr belastbar. Es mangelt dabei – was später zu zeigen ist – nicht nur an einer exakten Tatsachengrundlage, sondern es kommen auch implizite *ethische Grundpositionen* zum Ausdruck. Darüber hinaus sind Vermischungen mit parteipolitischen und religiösen Positionen unverkennbar.

Tabelle 1: „Liberalisierung“ des Cannabis-Gebrauchs: Gegenüberstellung einiger polarisierter, mehr oder weniger empirisch fundierter Argumente.

CONTRA:	PRO:
1. Nur traditionell/kulturell eingebetteter Konsum ist risikoarm.	1. Die Verhältnismäßigkeit im Rahmen der Rechtssystematik ist nicht gegeben
2. Die Anzahl der Cannabiskonsumenten ist gering, daher ist keine BtMG-Änderung gerechtfertigt.	2. Die Kriminalisierung schadet dem Einzelnen.

[2] *Stöver/Plenert*, Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum, 2013; *Schildower Kreis* (Hrsg.), Manifest, abrufbar unter: http://schildower-kreis.de/manifest/ [Zugriff am 10.04.2017].

[3] *Tretter/Erbas/Arnold*, Ergebnispapier zur Cannabis-Fachtagung am 11.12.2014, abrufbar unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Ergebnispapier_Fachtag_Cannabis_2014_Endversion.pdf [Zugriff am 10.04.2017].

3. Der Gesundheitsschaden ist größer als bisher gedacht (Psychose-Risiko, neuro-psychologische Entwicklungsstörungen, Herz-Kreislauf-Komplikationen).	3. Das Cannabisverbot fördert Straftaten, es erfolgt eine sekundäre Kriminalisierung
4. Eine Liberalisierung wäre ein falsches Signal einer allgemein restriktiveren Suchtpolitik.	4. Das Verbot verhindert offene Präventionsarbeit (z.B. im Jugendschutz).
5. Eine Liberalisierung führt zur Zunahme der Konsumenten (De-Repressionseffekte) und damit des kollektiven Schadens.	5. Die Kriminalitätskosten sind zu hoch (Rechtsökonomie).
6. Eine regulierte Abgabe führt zu noch mehr Missbräuchen.	6. Es besteht ein entgangener Nutzen der Cannabisökonomie, denn was verboten ist, kann nicht besteuert werden.
7. etc.	7. Das Verbot fördert durch Dealer den Übergang zu harten Drogen.
	8. Der Nutzen von Cannabis als Therapie wird durch die Stigmatisierung beeinträchtigt („Teufelsdroge").
	9. etc.

Angesichts dieser *ideellen Heterogenität* der aktuellen Debatte – Recht, Psychiatrie, (somatischer) Medizin, Ethik usw. – wird im Folgenden der Frage nachgegangen, ob der Cannabis-Diskurs von anderen differenzierteren, professionelleren und gesellschaftlich zentraleren Risiko-Diskursen etwas in Richtung Präzisierung lernen kann, oder ob die Cannabis-Politik letztlich nur von einfachen politischen Mechanismen – jener der Massengesellschaft und der Ideologien – bestimmt wird. Wenn dies der Fall ist, bleibt zu klären, bis zu welchem *wissenschaftlichen Niveau nach Standards einer Wissensgesellschaft* diese Debatte präzisiert werden müsste.

Wenngleich sich zwar erfahrungsgemäß die Politik nicht nach der Wissenschaft ausrichtet (sondern eher umgekehrt), und wenn daher letztlich Vorurteile, Vermutungen, Befürchtungen, Befangenheiten und andere implizite, weil nicht gut messbare, *psychische* und *soziokulturelle Faktoren* politische Entscheidungen bestimmen, könnte – so die hier vorgebrachte Grundthese – durch die Berücksichtigung anderer Risiko-Diskurse mehr *Präzision* und *Rationalität*, in Form eines differenzierenden

und abwägenden Argumentationsstils, Eingang in die Debatte finden. Die anhaltende submaximale Rationalität der Cannabis-Diskurse wurde vom Autor bereits vor 20 Jahren[4] und nun wieder kürzlich kritisiert.[5]

Die zentrale Frage ist ja: Wie groß und schwerwiegend muss der kollektive Schaden sein, damit das Betäubungsmittelgesetz zur Anwendung kommt? Ebenso ist aber auch zu fragen: Was sind die negativen Nebeneffekte des Betäubungsmittelgesetzes? Welche Fakten gibt es dazu? Wie kann die interdisziplinäre Kontroverse institutionell integriert werden? Wie werden die Einzelargumente in der Summe gewichtet? Reicht die Datenlage dazu aus?

Im Folgenden wird diesen Fragen nachgegangen. Aber es ist bereits hier ausdrücklich anzumerken, dass die folgende notwendige Kritik am Erkenntnisstand der Cannabisforschung nicht impliziert, dass die Position einer Liberalisierung damit indirekt aufgewertet wird: Argumentationen von Protagonisten (vgl. Tab. 1), so wird sich zeigen, sind ebenfalls weder hinreichend empirisch belegt noch theoretisch fundiert. Es dürfte sich wohl eher schlussendlich zeigen, dass die konservative Position zumindest die forschungslogisch härteren Argumente hat.

II. Philosophische Aspekte – Epistemologie des „Wissens“

Es ist im wissenschaftlichen Kontext zwar unüblich geworden, die philosophischen Aspekte eines Themas anzusprechen, wobei hier mit *Philosophie* die *Disziplin des grundlegenden Reflektierens* gemeint ist. Es wurde aber bereits deutlich, dass *ethische Motive* bei der Cannabis-Debatte relevant sind, denn die vorher genannten Argumente sind auch mit einer *ethischen Dimension*, vor allem beim Thema Jugend und Cannabis, begründet, und zwar mit dem libertären Argument: „Cannabiskonsum schadet niemand anderem, sondern nur dem Konsumenten, der allerdings ein Recht auf Selbstbestimmung hat“ versus der kustodialen Annahme „Der Konsument ist vor sich selbst zu schützen“. Solche impliziten Basisargumente münden in Positionen der *Gesinnungsethik* und/oder *Verantwortungsethik* bzw. der gesellschaftlich organisierten *Diskursethik*.[6]

Es wäre wichtig, den ethischen Hintergrund der Cannabis-Debatte genauer zu analysieren, doch interessanter erscheint hier die Reflexion des Anspruchs auf *„Wissenschaftlichkeit“* der Argumente. Aber: Von welcher Ebene aus soll die Suchtforschung betrachtet und kritisiert werden? Denn es ergibt sich bei solchen Peer Reviews eine latente *Antinomie*, ähnlich wie jene von dem Kreter, der sagt, dass „alle Kreter lügen“. Es muss also eine *Metaposition* gewählt werden, die es erlaubt, die empirische Forschung zu reflektieren, und das ist am ehesten über die Methodik der *Wissenschaftsphilosophie* bzw. *Wissensphilosophie* möglich, die Kontextfaktoren

---

[4] *Tretter*, Gibt es eine „rationale“ Haltung zum Cannabisproblem?, Psychomed (1997), 9/1, 51-54.

[5] *Tretter/Erbas/Arnold* (Fn. 3).

[6] *Nida-Rümelin*, Angewandte Ethik: Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch, 2005.

der Forschung und die innere Struktur der Erkenntnisgewinnung und Wissenskommunikation grundsätzlich untersucht.

1. Wissensphilosophie und Epistemologie – Metaebene zur Analyse von „Wissen"

Wissenschaft, v.a. die Physik, ist seit etwa 100 Jahren selbst *Gegenstand* der Reflexion im Rahmen der *Wissenschaftstheorie* bzw. *Wissenschaftsphilosophie*. Wissenschaftsphilosophie heute stellt de facto die Fortsetzung der analytischen *Wissenschaftstheorie* dar. Heute spricht man darüber hinaus im internationalen philosophischen Kontext wieder häufiger von der *Epistemologie* (Erkenntnistheorie) der einzelnen *Wissenschaften*.[7] Dieser philosophische Bereich wurde durch die *empirische Wissenschaftsforschung* bzw. *Wissenschaftswissenschaft* ergänzt (Science of science, Science studies).[8] *Wissenschaftswissenschaft* findet sich oft – was hier bevorzugt wird – unter der Bezeichnung *Metawissenschaft*.[9] Sie beruht auf der empirischen *Wissenschaftsgeschichte*[10] und der *Wissenschaftssoziologie*.[11] Von besonderer Bedeutung ist hier allerdings die Wissenschaftstheorie der Interdisziplinarität.[12]

Dabei ist bemerkenswert, dass es, soweit es die *Medizin bzw. Psychiatrie* als angewandte bzw. praktische Wissenschaft betrifft, zumindest in Deutschland so gut wie keine allgemein akzeptierte Wissenschaftstheorie bzw. Wissenschaftsphilosophie gibt.[13] Daher ist an dieser Stelle mit Blick auf Cannabis eine ausführlichere Analyse der Grundlagen medizinischen Wissens zweckmäßig.[14] Insofern es auch um *Wissensbestände der Praktiker* (z.B. Suchtberatungsstellen) und anderer Problembeteiligter (Betroffene, Angehörige, Selbsthilfe) geht, ist auch die Perspektive der *Transdisziplinärität* bedeutsam, was letztlich zu dem Gebiet der umfassenderen, über die Wissenschaft hinausgreifenden *Wissensphilosophie* mit der Aufgabe der Integration heterogener Wissensbestände führt.

---

[7] *Rheinberger*, Epistemologie des Konkreten. Studien zur Geschichte der modernen Biologie, 2006.

[8] *Felt/Nowotny/Taschwer*, Wissenschaftsforschung: Eine Einführung, 1995; *Latour*, Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies, 1999.

[9] *Weingart*, Wissenschaftssoziologie, 2013.

[10] *Kuhn*, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, 1967; *Latour/Woolgar*, Laboratory Life. The Social Construction of Scientific Facts, 1979; *Rheinberger*, Experimentalsysteme und epistemische Dinge. Eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas, 2006.

[11] *Weingart* (Fn. 9).

[12] *Jungert/Romfeld/Sukopp/Voigt* (Hrsg.), Interdisziplinarität: Theorie, Praxis, Probleme, 2013.

[13] *Bunge*, Medical Philosophy: Conceptual Issues in Medicine. World Science Publishing, 2013; *Brock*, Medizinphilosophie zur Einführung, 2016; *Sadegh-Zadeh*, Handbook of Analytic Philosophy of Medicine, 2012; *Tretter*, Wissenschaftstheoretische Aspekte der Umweltmedizin, in: Nowak et. al. (Hrsg), Umweltmedizin, 2017, S. 24-39.

[14] *Gross/Löffler*, Prinzipien der Medizin, 1997.

In unserem Fragenkreis der Metabetrachtung der Risikoforschung zu Cannabis gibt es auch Brücken zu einer noch impliziten *Risiko-Philosophie*:[15] Es geht um die Bedeutung des Konstrukts „Risiko" v.a. im Kontext der Wissensgesellschaft (objektiv/subjektiv) und um die ethischen Konsequenzen.

2. Was ist „Wissen" und „Wissenschaft"?

Zunächst einiges Grundlegendes: „*Wissen*" wird im Kontext der Epistemologie als „gerechtfertigter Glaube" definiert.[16] In modernen Gesellschaften produziert das soziale Subsystem *Wissenschaft* das Wissen durch *methodische Rechtfertigung*, wobei *fachsprachlich-begriffliche Präzision* (z.B. mathematische Terme), *präzise technisch durchgeführte Beobachtungen* und *konsistente formale Theorien* wesentliche Bausteine für die Wissensbestände sind, wie schnell deutlich wird, wenn man an die „Königsdisziplin" Physik denkt.[17] Wissenschaft ist, soziologisch betrachtet, *institutionalisierter Skeptizismus*. Grundlegend betreibt die Wissenschaft als hochgradig selbstreferentielles System eine Art *Qualitätsmanagement*, das durch interne Mechanismen wie Peer Reviews bei Publikationen, Impact Faktoren der Publikationen usw. erfolgt. Damit entsteht eine *operationelle Geschlossenheit* (Selbstreferenzialität) der Wissenschaft, die sie auch gegenüber der Kritik von außen immunisiert, wenngleich sie zunehmend nicht nur von internen, sondern auch von externen wirtschaftlichen Interessen gesteuert ist. Die Gesellschaft hängt demnach vom internen Qualitätsmanagement der Forschung ab, wenn sie ihre Orientierungen und Entscheidungen – z.B. im Subsystem Politik – danach ausrichtet.[18]

Als *Ziel der Wissenschaft* gilt es, die *Wahrheit* über die *Wirklichkeit* zu finden. Dazu muss sie so präzise wie möglich ihren epistemischen Gegenstand *beschreiben, erklären* und *prognostizieren* und dabei ihre Befunde als „objektive", d.h. intersubjektiv überzeugende *Wahrheiten* über die Wirklichkeit beschreiben. Schlüsselworte und deren Verknüpfungen in solchen Aussagen sind „*Wenn* a, dann x" (Beschreiben) oder „*Weil* a, dann x" (Erklären); Satzstrukturen also, auf die bei der Cannabis-Debatte geachtet werden müsste.

Dieses Wissenschaftsverständnis setzt, philosophisch betrachtet, die Existenz einer zu entdeckenden Realität voraus. Es entspricht der epistemischen Position des *wissenschaftlichen Realismus* bzw. *konstruktiven Realismus,*[19] der sich von dem, vor allem in den Sozialwissenschaften dominierenden „sozialen Konstruktivismus" abhebt – letztere Position erkennt die Existenz einer Wirklichkeit nicht an, son-

---

[15] *Nida-Rümelin*, Die Philosophie des Risikos. Gedanken zum ethisch vertretbaren Risikomanagement, 2008, abrufbar unter: https://www.dievermessungdesrisikos.de/de/philosophie/ [Zugriff am 10.04.2017].

[16] *Ernst*, Einführung in die Erkenntnistheorie, 2010.

[17] *Merton,* The Sociology of Science. Theoretical and Empirical Investigations, 1973.

[18] *Luhmann*, Die Wissenschaft der Gesellschaft, 1992.

[19] *Psillos*, Scientific Realism: How Science tracks Truth, 1999; *Jandl/Greiner* (Hrsg.), Science, Medicine and Culture. A Festschrift for Fritz G. Wallner, 2005.

dern geht davon aus, dass alles nur konsentierte Konstruktionen mit verschieden geschachtelten Ordnungsgraden sind, die letztlich eine gewisse „Gangbarkeit" (Viabilität) haben.[20] Trotz der weiterbestehenden Aktualität des Konstruktivismus scheint in diesem Text aus pragmatischen Gründen der Rückgriff auf den *kritischen Rationalismus* im Sinne von Karl Popper gerechtfertigt. In diesem Konzept wird nämlich dem *Verhältnis von Empirie* und Theorie, wie es in der Wissenschaftspraxis vorliegt, mehr entsprochen. Auch die Verifikation bzw. Falsifizierbarkeit von Pro- bzw. Contra-Thesen hat in diesem Rahmen eine hohe epistemische Bedeutung.[21]

Wissenschaftssystematisch wird hier außerdem von einer irreduziblen *methodologischen Differenz* der objektzentrierten *Naturwissenschaften* im Vergleich zu den subjektzentrierten *Geistes-* und *Sozialwissenschaften* ausgegangen.[22] *Medizin* wird hier darüber hinaus durchwegs als (angewandte) Naturwissenschaft verstanden, da sie sich um die physiko-chemischen Aspekte von Krankheiten und ihren Behandlungsoptionen bemüht, und psychosoziale Aspekte nachrangig behandelt.[23] Die Medizin verfolgt zudem die Position des *Empirismus*, da sie sich in der Forschungslogik der evidenzbasierten Medizin (EBM) zunehmend auf das Messbare konzentriert. In dieser Evidenz-Taxonomie gilt die qualitative klinische Epistemik (z.B. Kasuistiken von Cannabiskonsumenten) als niedrigstufige Evidenzstufe, randomisiert-kontrollierte Studien (z.B. zu Cannabis-Rauchern) hingegen als höchste Evidenzstufe. Dabei übersehen Mediziner allerdings grundlegend, dass *Theorien* eine ebenfalls wichtige Evidenzebene der prinzipiellen Zusammenschau von vorhandenen und neu erhobenen Befunden darstellen, wie man am Beispiel der Physik leicht erkennen kann (Gravitationstheorie, Relativitätstheorie usw.). Auch wird in der Medizin die Forschungslogik der Naturwissenschaften gegenüber jener der Sozialwissenschaften überbewertet und übersehen, dass letztlich auch Naturwissenschaften nicht nur *messend*, sondern anschließend auch *deutend* arbeiten.

Anders ist es bei den *Rechtswissenschaften*, die als Geisteswissenschaften primär auf der *Hermeneutik* im Sinne der deutenden Textwissenschaft als Hauptmethode ihrer Erkenntnisse und Konstruktionen aufbauen.[24] Es gibt allerdings trotz der Differenzen ebenso Gemeinsames in der Methodologie der Wissenschaften, nämlich das Streben nach G*esetzen*, oder auch das Problem der empirischen Forschung, aufgrund von Korrelationen *Kausalität* herzuleiten. Auch die Frage nach Charakteristika von fruchtbaren *Erklärungen*, die Möglichkeit von *Prognosen* usw. sind gemeinsame Gegenstände der Wissenschaften.[25] Neuerdings ist der analytische Umgang mit *Systemkomplexität*, *Nichtlinearitä*t, *Eigendynamik* und *Selbstorganisation* als übergreifendes Erkenntnisproblem der Wissenschaften, insbesondere der Bio- und

[20] *v. Glasersfeld*, Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme, 1996.

[21] *Popper*, Logik der Forschung, 1982.

[22] *Bunge*, Philosophy of Science, 2 Bde., 1998.

[23] *Tretter*, Sucht. Gehirn. Gesellschaft, 2017.

[24] *Kaufmann/Hassemer/Neumann* (Hrsg.), Einführung in die Rechtsphilosophie und Rechtstheorie der Gegenwart, 7. Aufl. 2004.

[25] *Schurz*, Einführung in die Wissenschaftstheorie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2006.

Sozialwissenschaften, anerkannt worden.[26] Das interessiert hier deshalb, weil die Bevölkerung Merkmale eines lebenden, sich selbst organisierenden Systems hat und sich damit einfachen mechanistischen Input-Output-Modellen ganz wesentlich entzieht.

Auch in Hinblick auf die Möglichkeit einer *integrativen Einheitswissenschaft* gibt es parallel zur Differenzierung der Wissenschaften Ansätze, derartige Grundlagen zu klären – dieses Projekt ist aber bisher gescheitert, insofern offensichtlich, beispielsweise nach dem Philosophen Karl Popper, von drei ontologisch differenten und aufeinander irreduziblen Welten auszugehen ist:[27] die Welt des Physischen (z.B. Gehirn), die Welt des Geistigen (z.B. Bewusstsein) und die Welt des Kulturellen (z.B. Gesetze). Diese dreidimensionale Ontologie spiegelt sich auch im *bio-psycho-sozialen Modell* der Krankheitsursachen und der Therapie in der *Medizin* und *Psychiatrie*. Allerdings scheint im Bereich der *Systemwissenschaft* eine derartige Verbindung möglich zu sein, insofern auf abstrakter Ebene der Struktur-, Funktions- und Prozessanalyse sowohl die methodologischen und begrifflichen Aspekte als auch die ontologischen Differenzen eines Mehr-Welten-Modells aufeinander bezogen beachtet werden.[28] Das wird hier am Ende noch näher ausgeführt.

Wissenschaft findet letztlich im sozialen Kontext statt, der vor allem durch die vorherrschende Politik charakterisierbar, aber auch durch gesamtgesellschaftliche Charakteristika geprägt ist, nämlich ob wir in einer Beschleunigungsgesellschaft, einer liberal-demokratischen Gesellschaftsformation etc. leben, die Drogenkonsum toleriert, um die Leistung zu steigern. Daher ist nicht nur der öffentliche, sondern auch der wissenschaftliche Cannabis-Diskurs zu „kontextualisieren“, d.h. in den gesellschaftlichen Rahmen einzubetten. Wir gehen nun von dieser Gesellschaftsebene aus.

III. Die „rationale“ Risikogesellschaft – Schaden des Nutzens

Die „Wahrheitsfindung“ ist durch soziokulturelle Optionen, Anforderungen und Einschränkungen beeinflusst. Daher ist die Frage, wie man unser soziales Umfeld, also die aktuelle Gesellschafsformation, charakterisieren und typisieren und somit eine Gesellschaftsdiagnose stellen kann, von großer Wichtigkeit, aber mit ähnlich großen Schwierigkeiten belegt. Die Gegenwartsgesellschaft kann nämlich aus soziologischer Sicht zutreffend als *kapitalistische Gesellschaft, Industriegesellschaft, Wissenschaftsgesellschaft, Wissensgesellschaft, Mediengesellschaft, Informationsgesellschaft, Weltgesellschaft* (Globalisierung) oder neuerdings als *Beschleunigungsgesellschaft* bezeichnet wer-

---

[26] *Midgley*, Systemic Intervention: Philosophy, Methodology, Practice, 2000; *Tretter*, Systemtheorie im klinischen Kontext, 2005.

[27] *Popper*, Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf, 1972.

[28] *v. Bertalanffy*, General System Theory. Foundations, Development, Applications, 1968; *Tretter* (Fn. 26); *Mobus/Kalton* (Hrsg.), Principles of Systems Science, 2015; *Meadows*, Thinking in Systems: a Primer, 2015; *Zimmermann*, Metaphysics of emergence, 2015.

den.[29] Alle diese Diagnosen haben ihre Berechtigung, doch ist eine komplex organisierte postmoderne Gesellschaft eher eine Chimäre all dieser Merkmale.

Hier stützen wir uns auf das Konzept der *Risikogesellschaft,* das der Soziologe Ulrich Beck bekannt gemacht hat.[30] Er hat dargelegt, dass das Konstrukt „Risiko" das Denken und Handeln der Gegenwartsgesellschaft in starkem Ausmaß bestimmt. Das Risiko-Konstrukt stellt gewissermaßen ein wachsendes gesellschaftsimmanentes Gegenkonzept der Technik- und Nutzen-getriebenen Gesellschaft dar. Mit der grundlegenden gesellschaftlichen Vision der Quantifizierbarkeit, Kalkulierbarkeit, Steuerbarkeit und letztlichen Monetarisierbarkeit und auch Machbarkeit von Allem und Jedem ist auch das Risiko-Konstrukt verknüpft. Diese Vision der Quantifizierbarkeit spiegelt sich beispielsweise in Form der Versicherungswirtschaft bei der Absicherung für Unfälle, weswegen auch aus diesem Bereich Anregungen für die Risikoforschung an sich gekommen sind. Unfälle treten glücklicherweise selten auf, sie haben *Schadensarten* bei Mensch, Gesellschaft, Technik und Natur und zeigen ein bestimmtes *Schadensausmaß* und eine gewisse (retrospektiv ermittelte) *Auftrittswahrscheinlichkeit.* Risiko erscheint somit aufgrund der verschiedensten Schadensdatenbanken rational bewertbar, was auch für Krankenversicherungen und damit die Versicherungsmedizin relevant ist.[31]

Beck hat allerdings dieser Vision einer *rationalen Risikokalkulation* in den 1980er Jahren eine damals aktuelle erkenntnistheoretische Position gegenübergestellt, die dem Objektivismus kritische Gegenargumente entgegenhielt und letztlich und grundlegend behauptete, dass das, was als „Wirklichkeit" bezeichnet wird, eine *soziale Konstruktion* ist.[32] Auch zeigt die Lebenspraxis, dass *erlebte Risiken* (z.B. beim Rauchen) mit *objektiven Risiken* nicht immer zusammenpassen. In Einklang damit formulierte Beck die Rationalitätskritik an der Gegenwartsgesellschaft so:[33]„Wenn Menschen glauben, dass Risiken real sind, dann sind sie real!"

Diese ernüchternde Bilanz, die zu einer zwar kollektiven, aber subjektivistisch begründeten Risikokonzeption führte, wurde auch durch *entscheidungspsychologische Untersuchungen* bestärkt. Die Ergebnisse zeigten, dass Entscheidungen sogar von Akteuren in Handlungsfeldern mit *quantitativen Objekten*, wie es bei Finanzexperten oder Börsianern gegeben ist, nicht primär an *expliziten rationalen Kalkülen* orientiert sind. Vielmehr beruhen sie oft, vor allem wenn sehr rasche Reaktionen erforderlich sind, auf *intuitiven impliziten* „Bauchentscheidungen", deren Grundlagen schwer zu explizieren sind.[34] Auch das Problem der „intertemporalen Optimierung", also das Auffinden einer optimalen *Relation* zwischen dem *Gegenwartswert* (z.B. Erhalt von 1.000,00 €) und dem *Zukunftswert* (z.B. Erhalt von etwa 1.343,92 € in 10 Jahren bei

---

[29] *Volkmann/Schimank* (Hrsg.), Soziologische Gegenwartsdiagnosen, 2. Auflage 2007; *Tretter* (Fn. 26).

[30] *Beck*, Risikogesellschaft, 1986.

[31] *Eisen/Zweifel,* Insurance Economics, 2012.

[32] *v. Foerster*, Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke, 1993; *v. Glasersfeld* (Fn. 20).

[33] *Beck* (Fn. 30).

[34] *Kahneman/Tversky* (Hrsg.), Choices, values and frames, 2000; *Gigerenzer*, Bauchentscheidungen, 2008; *Gigerenzer*, Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft, 2013.

3 % Zinsen), ist nicht vollständig ermittelbar: Wenngleich es für diese Frage ein exponentielles formales Kalkül gibt, ist es individuell unterschiedlich, wie sich ein Entscheider entscheidet, also ob er eine *Gegenwarts- oder Zukunftspräferenz des Nutzens* oder – was Risiken betrifft – den *Gegenwartsnutzen* gegenüber dem damit verbundenen *Zukunftsschaden* (als entgangenen Nutzen) überproportional bevorzugt. Letzteres ist, übrigens typisch für Suchtkranke.

All diese *soziologischen* und *psychologischen Befunde* des traditionell meist nur *ökonomisch* betrachteten Nutzen- bzw. Risiko-Kalküls scheinen den Objektivitäts- und Rationalitätsanspruch zugunsten der lebenspraktischen *intuitiven Risikokalkulation* zu annullieren. Dass dies nicht vollständig der Fall ist, zeigt die, vor allem in der Umwelt- und Technikfolgenforschung entwickelte, und mittlerweile eigenständige *quantitative Risikoforschung*.

IV. Risikoforschung (und Risikophilosophie)

In den Industriegesellschaften können die typischen technischen Risiken aufgrund der vielfältigen, vor allem komplex organisierten Verflechtungen als „systemische Risiken“ bezeichnet werden.[35] Dabei geht es nicht nur um die Kalkulation von Risiken, sondern auch um die Strategien der Reduktion bzw. das Management von Risiken. Ein besonders gut analysiertes Beispiel ist der Reaktorunfall von Tschernobyl, dessen Rekonstruktion vor allem der Kognitionspsychologe Dietrich Dörner aufgearbeitet und in dem Buch „Die Logik des Misslingens“ exemplarisch zusammengefasst hat.[36] Hier zeigt sich die Besonderheit der *soziotechnischen systemischen* Risiken, die sich bei dieser Katastrophe als ein *organisatorisches Multi-Organ-Versagen* darstellen: vielfältige soziotechnische Regelkreise der Funktionskontrolle des Reaktors zeigten kleine Fehler, die sich zur Katastrophe aufschaukelten, der aber voraussehbar letztlich nicht mehr gegengesteuert werden konnte.

Die Analogie zur Entscheidungslage in der *Cannabis-Politik* liegt darin, dass eine Liberalisierung des Umgangs mit Cannabis (De-Repression) einen mittelfristigen und schwerlich gegensteuerbaren systemisch-epidemischen Effekt haben könnte, ein Umstand, der viele Experten von Liberalisierungsempfehlungen abhält.[37] Um das noch genauer darzustellen, sollen zunächst wichtige Stufen des *Risikomanagements*, das sich vor allem in der *Umweltmedizin* bzw. *Umwelttoxikologie* als eine Form der Technikfolgenabschätzung zeigt, angeführt werden.[38] Es werden in diesem Bereich meist die Stufen der *Risikoidentifikation*, der *Risikobewertung*, der *Risikobeurteilung*, der *Risikokommunikation* und letztlich des *Risikomanagements* unterschieden. Dabei verwendet man jeweils Methoden der Szenario-Technik, der Post-Mortem-

[35] *Renn/Dreyer/Klinke/Schweizer,* Systemische Risiken: Charakterisierung, Management und Integration in eine aktive Nachhaltigkeit, 2007.

[36] *Dörner*, Die Logik des Misslingens, 2003.

[37] *Caulkins/Hawken/Kilmer/Kleiman*, Marijuana Legalization. What Everyone Needs to Know, 2014.

[38] *Reichl*, Moderne Umweltmedizin: Umweltbelastungen - Diagnostik - Therapie, 2011.

Analyse, Expertenbefragungen nach der Delphi-Methode, Kreativitätstechniken, Checklisten, Analysen möglicher Gefährdungen, Auswertungen kasuistischer Erfahrungen (industrielle Unfälle, Insolvenzen) usw. Grundlegend ist aber zu beachten, dass es bei der Risikoforschung um dem Menschen *passiv* zugemutete Umweltrisiken geht und nicht vom Menschen selbst *aktiv* praktizierte Verhaltensweisen wie Cannabis-Rauchen, die mit Risiken verbunden sind.

1. Risikoidentifikation

In diesem Bereich sollen Fragen begrifflich geklärt werden, wie: „Was ist ein Risiko?", „Welche Situationen sind riskant?" usw. Erkrankungsrisiken und Sterbewahrscheinlichkeiten sind Beispiele dafür, die auch für die Risikoforschung zu Cannabis relevant sind.

2. Risikobewertung

Dabei geht es um die *Auftrittswahrscheinlichkeit* und/oder die *Schadensschwere* von Risikosituationen. Fragen sind: „Wie *hoch* ist das Risiko?" (Fokus auf Wahrscheinlichkeiten) und: „Wie *groß* ist das Risiko?" (Fokus auf potenzielle Schadensarten). Diese beiden Dimensionen werden in einer *Risikomatrix* dargestellt. Dazu ein Beispiel:[39]

Wählt man als maximale Schadensart den „Tod" und dessen Verbreitung, z.B. die jährliche Sterblichkeit bezogen auf die ca. 80 Mio. Menschen der deutschen Bevölkerung, um die Risiken für Teilnehmer im Straßenverkehr zu charakterisieren, dann ergibt sich das Risiko, an einem Autounfall ums Leben zu kommen, bei 3.206 Verkehrstoten in 2016 in Form einer Quote von etwa 1:25.000.[40] Diese Zahl bedeutet, anschaulich dargestellt, ca. 150 Tote innerhalb von 14 Tagen. Für einfache *Risikovergleiche* im Verkehrsbereich wird eine solche Zahl mit dem Risiko, als Fluggast zu sterben, verglichen. Bereits bei einer groben Gegenüberstellung wird man das Fliegen als sicherer einstufen, da nicht alle 14 Tage ein Flugzeug in Deutschland abstürzt, bei dem 150 Menschen sterben. Unter der realistischen Annahme von 5-50 Toten pro Jahr im deutschen Flugverkehr ist Fliegen also sicherer, und zwar exakter ausgedrückt, mit einer Sterbewahrscheinlichkeit von etwa 1:25.000.000. [41] Diese Statistiken beruhen wie gesagt auf den in einem Jahr registrierten Verkehrstoten bezogen auf die Bevölkerung.

---

[39] *Krämer*, So lügt man mit Statistik, 2005.

[40] Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017. Verkehr. Verkehrsunfälle. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleJ2080700167004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 14.10.2017].

[41] *Vorndran*, Unfallstatistik – Verkehrsmittel im Risikovergleich, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wirtschaft und Statistik , 2011, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Verkehr/Unfallstatistik122010.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 04.05.2017].

Für einen höheren Realitätsbezug (ökologische Validität) werden aber andere Referenzgrössen gewählt, nämlich die *Anzahl der beförderten Personen*, die *Betriebsstunden* oder *Kilometer*. Letztere werden oft mit der Anzahl der in dieser Form am Verkehr teilnehmenden Personen multipliziert (Personenkilometer, Pkm; Personenstunden, Ph) [42]: Für das Fliegen sind es dann maximal 3 Tote auf 10 Mio. Pkm, für die Bahn hingegen 9 Tote auf 10 Mio. Pkm. Fliegen ist aus dieser Sicht also sicherer. Bei dieser Vergleichsbasis wird auch oft festgestellt, dass je zurückgelegtem Personenkilometer das Risiko, im Auto tödlich zu verunglücken, 16-mal höher ist als im Bus, 17-mal höher als in der Straßenbahn, 72-mal höher als in der Eisenbahn und 839-mal höher als im Flugzeug. Nach Passagierstunden ergeben sich allerdings für den Flugverkehr 24 Tote auf 100 Mio. Ph, für die Bahn 7 Tote auf 100 Mio. Ph. In dieser Kalkulationsweise ist daher die Bahn sicherer als Fliegen! Nun fragt sich, was „realistischer" ist, vor allem im Hinblick auf die Lebenspraxis bzw. auf das subjektive Alltagserleben? Für unsere Fragestellung ergeben sich ähnliche Probleme, nämlich: Werden Todes- oder Krankheitsfälle auf die Zahl der Konsumenten oder der riskanten Konsumenten oder pro Konsum-Episode oder auf die Tagesdosis von THC bezogen?

3. Risikobeurteilung

Hier geht es um *normative Aspekte*, mit der Frage, ob ein zuvor identifiziertes und bewertetes Risiko gesellschaftlich vertretbar und akzeptabel ist. Wenngleich bei Umweltrisiken diese Zumutbarkeit wichtig ist, zeigt sich bei der Cannabis-Debatte die Nicht-Zumutbarkeit der Freigabe als die zentrale Frage. Ein besonderes Problem der Risikobeurteilung ist dabei die Differenz zwischen *objektiv kalkuliertem* und *subjektiv erlebtem* Risiko. So ist die objektive Wahrscheinlichkeit, an den Folgen von Umweltchemikalien vorzeitig zu sterben, deutlich geringer als ein Versterben an den Folgen des Rauchens.[43] Aus subjektiver Sicht ist dies umgekehrt. Diese Differenz prägt die Politik, etwa bei der Schwierigkeit, den objektiv riskanten Tabak- und Alkoholkonsum deutlich reduzieren zu können.

4. Risikokommunikation

In diesem Schritt wird versucht, die Risikokonstellation gegenüber Laien zu vermitteln. Beispielsweise ist bei der Darstellung der wissenschaftlich ermittelten Gesundheitsrisiken von Umwelttechniken bzw. Umweltchemikalien auf die vorher genannte Probleme Rücksicht zu nehmen. Dabei muss zunächst das *Gebot der Richtigkeit* (z.B. zuverlässige Daten) beachtet werden. Auch das *Gebot der Fairness* ist relevant, indem Bezugsgrößen gewählt werden, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind. Auch das *Gebot der Vollständigkeit*, bei dem Kurzzeit- und Langzeitrisiken

---

[42] *Krämer* (Fn. 39); *Vorndran* (Fn. 41).

[43] *Reichl* (Fn. 38).

dargestellt werden, sollte beachtet werden. Das *Gebot der Verständlichkeit* soll der Gefahr einer Zahlenmystik entgegenwirken und dass *Gebot des relevanten Risikovergleichs* muss auch beim Vergleich von legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und illegalen Drogen wie Cannabis beachtet werden. Das betrifft vor allem Zeitverläufe und Schadensarten. Beispielsweise sind Todesraten mittelfristig bei Alkohol höher, kurzfristig sind Psychosen bei Cannabis häufiger – was ist also als „schlimmer" anzusehen? In Hinblick auf diese Aspekte ist letztlich Präventionsarbeit als Risikokommunikation zu begreiffen, eine Perspektive, die erst in den letzten Jahren bedacht wird.

Es stellt sich nun die Frage, welchen Stand die Cannabis-Risikoforschung aufweist. Dazu muss noch tiefer auf die erwähnte Problematik der Qualitätskriterien guter Wissenschaftspraxis zurückgegriffen werden.

V. Methodologische Probleme der integrativen Suchtforschung

Das Arbeitsziel einer *integrativen Risikobeurteilung* von Drogen hat mit mehreren methodologischen Grundproblemen zu kämpfen:

1. Bereits aus *messtheoretischer Sicht* sind derzeit Zweifel an der *Qualität*, *Objektivität*, *Spezifität*, *Reliabilität* und *Validität* der zu dieser Bewertung herangezogenen empirischen *Daten* angezeigt. Auch die Praktiker-Perspektive mit ihren *qualitativen Daten* ist dabei wichtig. Ein besonderes Problem sind Kausalitätshypothesen auf der Basis von Deviationen in epidemiologischen Prävalenz-Zeitreihen (s.u.).
2. Dies betrifft auch die *Integration der Multidisziplinarität* (z.B. Pharmakologie, Toxikologie, Neurobiologie, klinische Psychologie, Psychiatrie, Epidemiologie), insbesondere was letztlich das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell betrifft.
3. Es bestehen auch Schwierigkeiten, *unterschiedliche Risikoarten* wie Todesfälle (Mortalität, Letalität) oder die Morbidität als Risiko-Indikatoren miteinander zu vergleichen und in einer Drogen-Vergleichs-Tabelle zu verwerten. Hier zeigt sich ein hoher wissenschaftlicher Arbeitsaufwand, Klärungen zu schaffen, sofern dies überhaupt möglich oder gar gewünscht ist: Wie soll das Risiko, eine akute Psychose zu erleiden, mit einer Leberzirrhose bei chronischem Alkoholkonsum verglichen werden? Sollen dazu Behandlungskosten herangezogen werden? Oder: Kann wenigstens das Sterberisiko pro Jahr bei Cannabis- versus Alkoholkonsumenten (spezifische Letalität) als Vergleichsparameter dienen? Ist also eine *integrierte mehrdimensionale Mehrebenen-Beurteilung* wissenschaftlich möglich (auch wenn sie offensichtlich kaum jemand ausdrücklich wünscht)?
4. Was sind *gemeinsame Maße*, die es erlauben, verschiedene Variablen integrativ zu erfassen? Es muss dabei letztlich an die Möglichkeit der „Monetarisierung" verschiedener subjektiver Variablen gedacht werden, so problema-

tisch das auch im Sinne eines inadäquaten Reduktionismus ist. So könnten Schäden in Euro als Ausgaben für die Behandlung transponiert werden, wenngleich die subjektive Seite dabei nicht adäquat abgebildet wird.

5. Die Erfassung des *Nutzen-Aspekts* des Drogenkonsums muss stärker berücksichtigt werden, denn man nimmt ja die Drogen in der Regel nicht, um sich zu schaden. Die Messung ideellen Nutzens kann durch die Methode der „Willingness to pay" erfolgen, bei der Probanden Geldwerte angeben müssen, wenn sie dafür bezahlen müssen: also, wie viel Euro würde ein Konsument für 1g Cannabis ausgeben wollen, bezogen natürlich auf das jeweilige Monatseinkommen der Befragten.

VI. Methoden der medizinischen Forschung – Epidemiologie und Toxikologie

Im Wesentlichen geht es bei der Cannabis-Debatte in der Sache um die *Skalierung der Toxizität* dieser Substanz. Ziel einer derartigen *toxikologischen* Risikobewertung in der Medizin ist die Identifikation von quantitativen *Dosis-Wirkungs-Relationen,* die dosisabhängig die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Gesundheitsschadens angeben. In der Suchtforschung sind die *Toxikologie* und *Pharmakologie* bzw. die *Neurobiologie* relevant für die Identifikation der Wirkmechanismen bei Drogen, während die *Epidemiologie* vor allem die Verbreitung der Störungen in der Bevölkerung und ihren Untergruppen zu beschreiben und auch zu erklären versucht. Dabei ergeben sich allerdings disziplinspezifische Methoden- und Evidenzprobleme, die nur durch eine aufwendige forschungslogische Gestaltung der Untersuchungen minimiert werden können. Hier sollen deshalb einige methodische Probleme der Studien thematisiert werden, die aber letztlich auch auf ein Defizit im Bereich der Theorien des Cannabis-Problems verweisen.

1. Epidemiologie

Die *Epidemiologie* hat mit einer Vielzahl an Messproblemen zu kämpfen:[44] Sie ist vom Denken der *Formalwissenschaften* (Statistik, Mathematik, Informatik) geprägt und scheint dabei inhaltliche Forschungsfragen zu vernachlässigen. Mangelnde Repräsentativität der Stichproben, zu geringe Responder-Raten bei Umfragen, geringe Reliabilität (Reproduktion der Daten) und Validität (Gültigkeit) der Konsumangaben, triviale Schichtungskonzepte der Bevölkerung aufgrund mangelnder Integration der Sozialwissenschaften und dergleichen mehr machen die Befunde der Epidemiologie unsicher. So fehlt in inhaltlicher Hinsicht die Einarbeitung des sonst heuristisch so ertragreichen Konzepts des „Milieus" (SIGMA-Institut, SI-

[44] *Gordis*, Epidemiology, 2014.

NUS-Institut).[45] Auch mangelt es an Ausarbeitungen im Theoriebereich von Krankheitsursachen, und zwar nicht nur der Sucht.[46]

Es liegen im Rahmen der *deskriptiven Epidemiologie* bereits viele Daten zu Formen, Menge, Intensität und Frequenz des Konsums von Drogen vor, und zwar differenziert nach Alter, Geschlecht, Kohorte (!) usw. Allerdings ist die Forschungsstrategie mehr nach der *Verfügbarkeit von Daten* ausgerichtet als nach analytischen Forschungsfragen: *Beschreibung* geht vor *Erklärung*! Das ist als Prinzip zwar richtig, aber einseitig. Die deutsche Epidemiologie und Public Health Forschung verweilt nun schon seit vier Jahrzehnten fast ausschließlich in diesem empiristischen Forschungsmodus!

Die deskriptive Epidemiologie charakterisiert üblicherweise die *Signifikanz der Beobachtungen* durch verschiedene „Doppelbrüche", welche die relative Häufigkeit des Auftretens bzw. Nichtauftretens einer interessierenden Störung zwischen zwei Gruppen – Exponierte (bzw. Konsumenten) versus Nichtexponierte (bzw. Abstinente) – vergleicht. Das wird durch die *relativen Risiken* oder die *Odds-Ratio* ausgedrückt (siehe Tab. 2). Bereits diese beiden Indikatoren sind für Nichtexperten nicht leicht zu verstehen, sodass die öffentliche Cannabis-Debatte diese Ebene zwar nicht direkt abbilden, aber die wissenschaftliche Basis vereinfachend repräsentieren kann: Verdoppelung des Risikos kann in den meisten Fällen bereits als signifikant angesehen werden, wobei allerdings die Streuung und die Stichprobengröße berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 2: Epidemiologische Indikatoren – „Doppelbrüche"

Relatives Risiko	Quote der *exponierten Kranken* bezogen auf alle Exponierten, die wiederum auf die Quote aller *nichtexponierten Kranken* bezogen sind, die ihrerseits auf alle Nicht-Exponierten bezogen wird.
Odds-Ratio	Quote der *exponierten Kranken* bezogen auf die Nicht-exponierten Kranken, die auf die Quote der *exponierten Gesunden* bezogen auf die nichtexponierten Gesunden bezogen wird.

[45] *Hradil*, Soziale Ungleichheit in Deutschland, 1999.
[46] *Gross/Löffler,* Prinzipien der Medizin, 1997.

2. Epidemiologische Kausalanalyse

Für die Erklärung der beobachteten Differenzen ist die *analytische Epidemiologie* zuständig, die vor allem (kontrollierte) Langzeitbeobachtungen (*prospektive Studien*) realisieren muss, um zu belastbaren Aussagen kommen zu können. Allerdings besteht bei derartigen Zeitreihendaten grundlegend das Problem, zwischen veränderten Bedingungen und den in der Folge zeitnah neu auftretenden Phänomenen, die formal also nur „*korreliert*" sind, eine *kausale Beziehung* herzustellen.

Eine reine Daten-zentrierte Kausalanalyse ist aus methodologischer Sicht nicht zufriedenstellend möglich, wenn nicht eine *Theorie* zu Hilfe genommen wird, um die Daten zu *interpretieren*. Beispiele aus den Natur- und Wirtschaftswissenschaften belegen dies: Gerade die Astrophysik, die Klimatologie und auch die Meteorologie verfügen über immense Datenmengen, sie sind also das Paradebeispiel von *Big Data*, aber sie können im Sinne des Dämons von Laplace trotz riesiger Datenbanken und Supercomputern ohne Theorien kein *Verständnis* generieren, und auch keine *Prognosen*, beispielsweise von Planetenbewegungen oder Wetterdynamiken. Die Daten müssen in diesen Fällen in *fachtheoretisch* fundierte Differenzialgleichungen des jeweiligen Gegenstandsbereichs (z.B. Gesetze der Thermodynamik) eingebunden werden.

Bei der Kausalanalyse von beobachteten *Korrelationen* ist grundsätzlich an sogenannte „*Confounder*" zu denken. Das sind Hintergrundfaktoren, z (wie Rauchen), die Gesundheitskrisen y (z.B. Lungenkrebs), die scheinbar allein durch x (z.B. Cannabis) bedingt sind, kausal unterlagern, Es kann also beispielsweise Rauchen sowohl zu Cannabis-Gebrauch wie auch zu Lungenkrebs führen. Dieses analytische Problem der Identifikation der Hauptursache eines Phänomens wird nur klarer, wenn man nicht *Empirie-zentriert* Untersuchungen anstellt, sondern *Theorie-zentriert* forscht, metatheoretisch überlegt und Kausalmodelle heranzieht. Ein besonderes Problem für die theorielose analytische Epidemiologie besteht daher in der Kausalanalyse von deskriptiven Zeitreihen – Veränderungen der Quantität der Zielvariablen (hier: Prävalenzrate) können „artifiziell" (durch messtechnische Variationen), „zufällig" (ohne erkennbare Ursache) oder „kausal" durch mechanistisch wirksame Faktoren (z.B. gezielte Interventionen) bedingt sein. Auch hier lässt sich an das Alltagsbeispiel der Wetterprognosen denken: Eine gut bestätigte kausale *Erklärung* der Fluktuationen der Daten in Messreihen (z.B. durch Interaktionen von trockenen bzw. feuchten Tiefdruck- und Hochdruckzonen) kann auch valide *Prognosen* gestatten, was allerdings nur datenanalytisch alleine nicht möglich ist. Diese These ist auch durch das Scheitern der Prognosen von kausal extrem schwer interpretierbaren Börsenkursen durch die Mathematik der fraktalen Geometrie belegt.[47]

[47] *Evertsz*, Fractal Geometry of Financial Time Series, 1995, Fractals Vol. 3, No. 3, S. 609-616.

Bei unserem Thema ist dieses methodologische Problem relevant, wenn es (a) um die Frage von Ursachen von Fluktuationen der Prävalenzzahlen (siehe Abb. 1) oder (b) um Effekte einer De-Repression bzw. Repressions-Verstärkung der Cannabis-Gesetzgebung im Hinblick auf vorhandene Prävalenz-Zeitreihen geht.[48] Differenziert zu klären ist dabei die relativ niedrige bis mittelgradige jährliche Prävalenzrate für die verschiedenen Altersgruppen, wie sie seit den 1990er Jahren für die *Niederlanden* mit der relativ permissiven Cannabis-Regulation gut dokumentiert ist.[49] Diese Prävalenzraten sind meist nicht signifikant unterschieden zu den Zahlen *Deutschlands mit dessen* deutlich stärker repressiven Rahmenbedingungen.[50] Dies kann nur vernünftig erklärt werden, wenn das jeweilige Erklärungsmodell nicht nur *Epidemie-fördernde*, sondern auch *Epidemie-dämpfende Faktoren* von vornherein vorsieht, also ein Modell eines lebenden Systems voraussetzt. So ist in den Niederlanden bereits früh eine offensive Cannabis-Prävention betrieben worden (pers. Beobachtungen).

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sich sozialanalytische Ländervergleiche der Drogenkonsumstatistiken erst in einem wissenschaftlichen Embryonalstadium befinden und die Aussagen zu *kausalen Mechanismen* (Effekte von Änderungen des Rechtsstatus diverser Drogen) sehr hypothetisch sind.[51] In der Folge sind auch Effekt-Attributionen zu Änderungen des Rechtsstatus von Cannabis in verschiedenen europäischen Ländern inkonsistent, wie auch die ECMDDA ausführt:[52] *„Umfragen in relativ hoch-prävalenten Ländern wie Deutschland, Spanien und das Vereinigte Königreich zeigen alle eine abnehmende oder stabile Prävalenz über das letzte Jahrzehnt, während Frankreich eine Zunahme der Prävalenz nach 2010 zeigt.“* (Übers. d. Verf.).

[48] *Hughes*, Cannabis legislation, 2017.

[49] *EMCDDA*, A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8, Volume 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008.

[50] *EMCDDA*, European Drug Report. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016.

[51] *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)*, Berichte des Nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, 2016, abrufbar unter: http://www.bzga.de/infomaterialien/fachbpublikationen/reitox-berichte/; *Institut für Therapieforschung (IFT)*, Epidemiologie und Diagnostik, 2017, abrufbar unter: http://www.ift.de/publikationen/fachliteratur.html; *Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)*, Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, 2017, abrufbar unter: http://www.dbdd.de [Zugriff jeweils am 04.05.2017].

[52] *EMCDDA*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), European Drug Report 2016: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, 2017, S. 92.

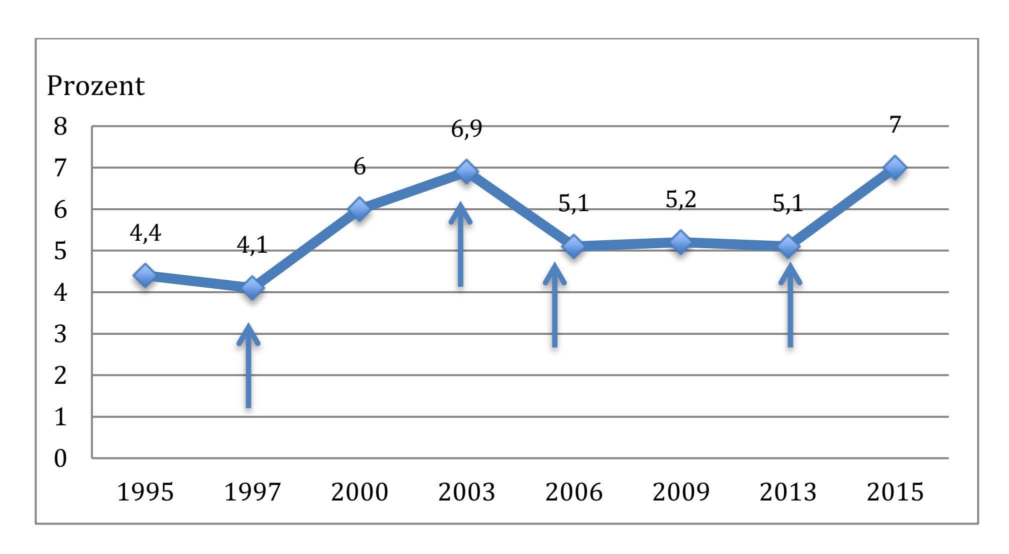


Abbildung 1: Problem der Kausalanalyse von Fluktuationen in Zeitreihen

12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums der 18- bis 59-Jährigen von 1995 bis 2015 – was hat zur Zunahme 1997 und 2013 geführt, was zur Annahme 2003, und was zum Konstantbleiben 2006? Und: Welches temporäre Ungleichgewicht von treibenden und bremsenden Faktoren ist dafür kausal verantwortlich?[53]

3. Toxikologie, Pharmakologie und Neurobiologie

Biologische Forschungsgebiete wie die *Toxikologie, Pharmakologie und Neurobiologie* liefern viele wichtige Befunde zu molekularen Drogenwirkungen und damit die Grundlagen für *mechanistische Erklärungen*. Sie unterliegen allerdings im experimentellen Bereich vielen Einschränkungen. Eine davon besteht darin, dass für präzise Dosis-Wirkungs-Aussagen hauptsächlich *Tierexperimente* nötig sind. Die Übertragbarkeit der Befunde auf die Humantoxikologie ist daher problematisch. Auch im Bereich der *Niedrigdosis-Langzeit-Exposition* sind *Extrapolationen* in den Niedrigdosis-Bereich nötig, sodass in vielen Fällen „Schätzungen" und nicht „Messungen" vorliegen.[54] Die resultierenden Dosis-Wirkungs-Kurven werden häufig durch *Interpolationen* zwischen verschiedenen Messwerten gewonnen, indem mathematische Funktionen an die Daten approximiert werden (siehe Abb. 2). Auch *Extrapolationen* im Niedrigdosis- und Hochdosis-Bereich sind auf diese Weise formal möglich. Eine J-Funktion, ähnlich wie bei Alkohol, wurde neuerdings bei Cannabis zum Psycho-

[53] Daten nach *Kraus/Piontek/Atzendorf/Gomes de Matos*, Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Ein Rückblick auf zwei Dekaden, SUCHT (2016), 62, 283-294.

[54] *Reichl* (Fn. 38).

serisiko empirisch ermittelt.[55] Dieser Zusammenhang bedeutet, dass eine geringe tägliche/wöchentliche Dosis im Vergleich zur Abstinenz spezifisch gesundheitsförderliche Effekte haben kann, bei mittlerer oder hoher Dosis aber toxisch ist. Derartige Befunde irritieren, erschweren eine rational-abwägende Diskussion und bedürfen selbstverständlich weiterer kontrollierter Studien (Confounder-Problem, s.o.).

Ein erster Kritikpunkt an der *quantitativen Cannabisrisikoforschung* ist allerdings bereits die Ungenauigkeit der Einwirkgröße „Cannabis". Zunächst sind, wenn es um Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) geht, die verschiedensten Substrate gemeint: Marihuana (ca. 3-6 % THC), Haschisch (ca. 10 % THC), Skunk (ca. 15 % THC), Spice (synthet. THC) usw. (EBDD 2016).[56] Dabei ist auch meist nicht der Gehalt des antagonistisch wirksamen Cannabidiols (CBD) kontrolliert worden. Tatsächlich soll nach derzeitigem Erkenntnisstand das Verhältnis von THC / CBD etwa 1:1 betragen, damit sicher ein „guter" Cannabis-Rausch (Entspannung, Euphorisierung, leichte Träume) eintritt, aber das Risiko einer psychotischen Entgleisung minimal ist. Für den Rausch sind etwa 7 mg eingenommenes THC nötig, die Menge eines abpuffernden CBD ist nicht bekannt.[57] Es ist darüber hinaus auch gesichert, dass die Hanfpflanze weitere etwa 100 Cannabinoide aufweist, deren Wirkung auf das Psychische nicht aufgeklärt ist. Schließlich ist seit etwa 10 Jahren unter dem Namen „Spice" synthetisches Cannabis in verstärktem Ausmaß im Verkehr, wobei wir nicht viel über die Wirkungen dieser etwa 280 synthetischen Cannabinoide wissen. Ihre Herstellung erfolgte in den 1970er Jahren, ohne dass klinische Tests durchgeführt wurden oder dass Drogenkonsumenten diese Substanzen epidemisch relevant nutzten. Cannabis wird meist geraucht und gegessen (z.B. „Hasch-Kekse"), was ebenfalls unterschiedliche Wirkungen haben kann.

Wir wissen in medizinischer und psychiatrischer Sicht auch nichts Genaues und Belastbares über die etwa 280 synthetischen Cannabinoide, auch nicht, wer von den Probanden in den diversen Studien synthetische Cannabinoide eingenommen hat, denen aus klinischer Sicht ein weit höheres Psychosepotenzial zugeschrieben wird. Über Dosis-Wirkungsbeziehungen ist nichts Belastbares bekannt. Es ist auch nicht klar, warum das Dronabinol, das zu therapeutischen Zwecken verabreicht wird, nur schwache psychotrope Effekte hat, und ob die stereochemische Struktur das erklärt, wobei die Summenformel identisch zum natürlichen THC ist. Das bleibt letztlich molekular-mechanistisch ungeklärt.

---

[55] *Di Forti/Marconi/Carra et al.*, Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study, Lancet Psychiatry (2015), 2: 233-238.

[56] *DBDD*, DEUTSCHLAND - Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016): Drogenmärkte und Kriminalität, abrufbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Reitox_Jahresberichte/WB_2016_08_DrugMarketAndCrime_DE.pdf [Zugriff am 04.05.2017].

[57] *Täschner,* Cannabiskonsum: Haschisch und seine Wirkungen, 2005.

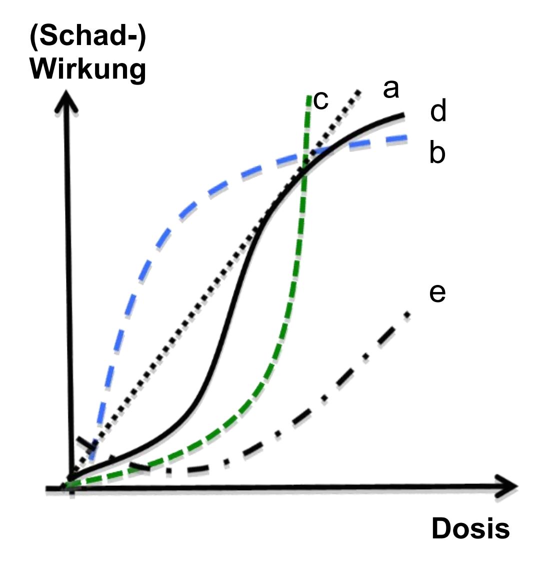


Abbildung 2: Verschiedene Dosis-Wirkungs-Kurven: (a) lineare Funktion, (b) logarithmische Funktion, (c) Exponentialfunktion, (d) Sigmoide Funktion, (e) J-Funktion.

Ein weiteres Problem, das zu wenig beachtet wird, ist die gesetzesartige, sogenannte Haber'sche Regel, die besagt, dass sich die Toxizität einer Substanz aus dem *Produkt* von *Einwirkungsdosis* und *Einwirkungszeit* ergibt[58] (siehe Abb. 3). Auch hierzu gibt es zur Cannabis-Toxikologie verhältnismäßig wenig Information, denn man muss dann, ähnlich wie bei den erwähnten Personenstunden in der Verkehrsrisikoforschung, die Menge der pro Episode konsumierten Cannabinoide mit der Frequenz dieser Episoden in Beziehung setzen.

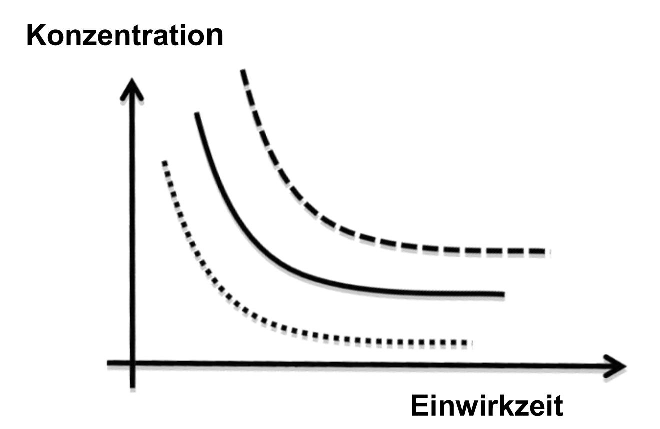


Abbildung 3: Haber'sche Regel, die besagt, dass die Toxizität einer Substanz auf dem Produkt von *Einwirkungsdosis* und *Einwirkungszeit* beruht. Bei Cannabis bestehen mangels geeigneter Langzeitstudien noch unklarere Verhältnisse als bei Alkohol.

[58] *Reichl* (Fn. 38).

Auch die *Neurobiologie* der Cannabis-Psychosen kann keine klaren Kausalmodelle liefern, denn sowohl die Neurobiologie der Cannabis-Effekte wie auch jene der Psychoseentstehung sind noch zu wenig aufgeklärt. Diese Fragestellung wird noch erschwert durch das methodologische Grundproblem, das in der Philosophie des Geistes bzw. in der Neurophilosophie als *Gehirn-Geist-Problem* bekannt ist.[59]

VII. Kontroverse Befunde der Cannabis-Forschung

Die hier vorgeschlagene interdisziplinäre Debatte müsste also explizit als Mehr-Ebenen-Analyse und im Sinne von Karl Popper als Pro- und Contra-Debatte gestaltet werden, denn es müssten jeweils Begründungen der Argumente und Gegenargumente geliefert werden. Dazu einige konkrete Beispiele zu psychiatrischen Erkrankungsrisiken.

1. Ist das Psychose-Risiko bei Cannabiskonsum erhöht, und zwar differenziell für die akut beim Konsum auftretenden Psychosen oder für Psychosen bei chronischen Konsum?

Die Jahrhunderte alten Erkenntnisse, dass das Rauchen von Marihuana psychotische Zustände auslösen kann, also eine Gefahr darstellt, sind durch systematische epidemiologische Studien quantifiziert, aber noch weiter zu präzisieren, insofern Zahlen vorliegen, dass etwa 4-5 % der regelmäßigen Konsumenten eine psychotische Episode erleiden können: Was sind die Ursachenfaktoren für die Psychosen? Risikokonstellationen, die Dosis, das THC/CBD-Verhältnis des Stoffes? Es kann durch die kulturdesintegrierten Konsumformen und/oder durch zunehmend hochprozentigeres Cannabis u.a. mit bedingt sein: Es gibt aber auch Studien, die kein erhöhtes Risiko erkennen und andere, die sogar eine Dosisabhängigkeit gefunden haben (siehe Abb. 4).[60]

a) PRO RISIKO: Die Prävalenz von Cannabiskonsum bei schizophrenen Patienten ist hoch und beträgt je nach Studie zwischen 13 % und 69 %[61]. Wenn man von mittleren 40 % ausgeht, dann wären das hochgerechnet auf Deutschland ca. 0,4 Mio. cannabis konsumierende Psychotiker, eine Schnittmenge, die bezogen auf die etwa 3,6 Mio. Cannabiskonsumenten[62] mehr als 10 % ausmacht. Aus suchtklinischer Erfahrung ist allerdings ein derartig hoher Prozentsatz an Psychosen nicht nachvollziehbar.

[59] *Tretter/Grünhut*, Ist das Gehirn der Geist?, 2010.

[60] *Di Forti/Marconi/Carra et al.*, Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study, Lancet Psychiatry (2015), 2:233-238.

[61] *DGPPN* (Fn. 1).

[62] *DBDD* (Fn. 52).

b) CONTRA RISKO: In einer australischen Erhebung wurden bei 1,2 % der chronischen Cannabiskonsumenten psychotische Symptome festgestellt[63]. Das sind auf Deutschland bezogen, etwa 40.000 Personen. Dieser Prozentsatz entspricht dem Erwartungswert in der Bevölkerung von etwa 1 %, und zeigt damit kein erhöhtes Risiko an.

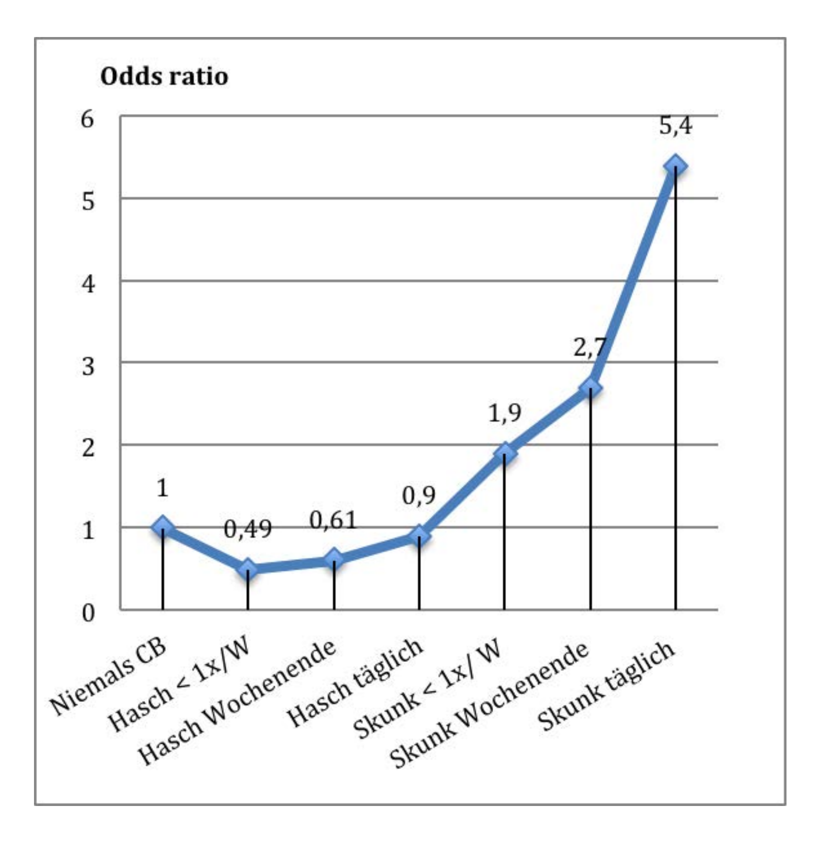


Abbildung 4: J-Form der Dosis-Wirkungs-Kurve des *Psychose-Risikos* bei Cannabiskonsum mit nicht erhöhtem Risiko bei Haschisch-Konsum , aber erhöhtem Risiko bei Konsum von hochprozentigem Skunk.[64]

Es müssen also diesbezüglich folgende Fragen erörtert werden: Gibt es im internationalen Vergleich in entsprechenden Zeitreihendaten eine Kovariation der Schizophrenie-Prävalenz mit der Cannabis-Prävalenz? Wie repräsentativ sind die Studien? Wie wurden die unabhängigen und die abhängigen Variablen erhoben? Wel-

[63] *Hall/Degenhardt*, The adverse health effects of chronic cannabis use, Drug Testing and Analysis (2014), 6:39-45.
[64] *Di Forti/Marconi/Carra et al.* (Fn. 61).

che Latenz, welche Einwirkzeit (Habersche Regel), bei welcher Dosis ist bei welchen Personen für psychotische Entgleisungen nötig? Ist Cannabis die Ursache oder nur ein Fazilitator der psychotischen Entgleisung, die primär auf einer biologische Vulnerabilität beruht?

2. Abhängigkeit – Ist das Suchtrisiko hoch?

a) PRO RISIKO: Etwa 14 Mio. Menschen in der Bundesrepublik haben jemals im Leben Cannabis konsumiert, davon sollen etwa 300.000 Personen abhängigen Konsum betreiben, das wären 2 %.[65] Bezieht man die Abhängigkeitsquote auf den Personenkreis, der das letzte Jahr Cannabis konsumiert hat, also 3,6 Mio. Personen,[66] dann liegt die Abhängigenquote allerdings bei fast 10 %, was eine Quote ist, die auch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde angenommen wird.[67] Bei Alkohol schätzt man, was die Lebenszeitprävalenz oder die Letztes-Jahr-Prävalenz betrifft, konsumentenbezogen jeweils etwa 2 % Abhängige, eine Identität der Quote, die wegen des kulturbedingten endemischen Alkoholkonsums (ca. 80-90 %) besteht. Bezogen auf die Letztes-Jahr-Prävalenz hätte Cannabis damit ein deutlich höheres Suchtpotenzial als Alkohol.

b) CONTRA RISIKO: Die Altersgruppen sind nicht vergleichbar, das bekannte Phänomen des Maturing out bedeutet beispielsweise, dass nach einigen Jahren des Konsums eine Vielzahl der Konsumenten wieder aussteigt, etwa weil sich die Lebenslage und damit auch der Lebensstil durch eine reguläre Arbeit nach der Zeit der Ausbildung bzw. des Studiums ändert: Die Lebenslage prägt das Lebensgefühl, das die Disposition zu lustvollem Drogenkonsum bedingt [68].

Es müssen also, was das Suchtrisiko betrifft, wiederum Fragen im Sinne der Haber'schen Regel erörtert werden, und zwar auch in Hinblick auf Einflüsse des Rauchens, des Alkoholkonsums und anderer psychoaktiver Substanzen auf die Entwicklung einer Cannabis-Abhängigkeit.

VIII. Komparative Beurteilung

Von hoher lebenspraktischer Relevanz sind *Risikovergleiche*. Ansätze zu einer derartig differenzierten, aber integrierten *komparativen Betrachtung des Schadenspotenzials von Cannabis* und anderen Drogen wurden bereits von dem englischen Psychiater David Nutt anvisiert.[69] Dies erfolgte durch aggregierte und semi-quantitative Experten-Evaluationen der relativen Risiken gängiger Drogen im Hinblick auf Selbstge-

[65] *DBDD* (Fn. 52).

[66] *DBDD* (Fn. 52).

[67] *DGPPN* (Fn. 1).

[68] *Tretter* (Fn. 23).

[69] *Nutt/King/Phillips*, Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet (2010), 376 (9752): 1558-1565.

fährdungen und Fremdgefährdungen. Das – sicher vorläufige – Ergebnis seiner Evaluationen, dass Cannabis weniger schädlich als Alkohol ist, kollidierte allerdings mit der politischen Position der damaligen Regierung, sodass Herr Nutt von der Regierungsberatung ausgeschlossen wurde. Trotz solcher Exklusionsrisiken soll hier eine tiefer greifende Sichtweise zu derartigen Evaluationsprojekten – mit Fokus Todesfall oder Erkrankung – exemplarisch (kurz) diskutiert werden.

1. Morbidität

Die akute Toxizität bei Alkohol ist v.a. durch die Erfahrung der Bevölkerung mit Betrunkenen und dem ausgebauten Hilfesystem im vernachlässigbaren Bereich (s.u.), Ähnliches gilt wegen der geringe Akuttoxizität für Cannabis (s.u.). Die wichtigsten Gesundheitsrisiken des Cannabiskonsums sind bei *akutem Konsum* Psychose und Herz-Kreislaufkomplikationen,[70] die in einem einstelligen Prozentsatz auftreten dürften, bei Alkohol hingegen fast gar nicht.

Bei *chronischem Cannabiskonsum* treten kognitive Defizite, Psychosen, Suchtentwicklungen und Lungencarcinome auf. Das Suchtrisiko ist bei Cannabis höher als bei Alkohol (s.o.). Die Effekte von chronischem Alkoholkonsum sind Multi-Organ-Defizite, bei Cannabis ist das Schädigungsspektrum weniger umfassend. Wie aber soll man beispielsweise die Leberzirrhose des Alkoholikers mit der Psychose des chronischen Cannabiskonsumenten auf eine Waage legen können? Ginge es um die Arbeitsfähigkeit, dann wäre die Leberzirrhose vielleicht günstiger, ginge es um die Lebenserwartung, dann wäre es vielleicht die Psychose. Hier stellen sich grundlegende Fragen, die eigentlich eine - allerdings nicht existierende - theoretische Medizin zu klären hätte.

2. Mortalität/Letalität

Es scheint in Deutschland bei etwa 4 Mio. jährlichen Cannabiskonsumenten keinen direkt auf akuten *Cannabiskonsum* rückführbaren Todesfall zu geben. Dies kann mit 0 Todesfällen auf 1 Mio. Konsumenten ausgedrückt werden. Im Hinblick auf synthetisches Cannabis sind allerdings, beispielsweise in Barcelona, auch bei jüngeren Menschen letale Herz-Kreislaufkomplikationen beobachtet worden, sodass eine deutlich höhere Mortalität verglichen zu der bei natürlichem Cannabis vorliegen dürfte.[71]

Was den *Alkoholkonsum* betrifft, werden in Österreich in der langjährigen Beobachtung jährlich 25 Tote bezogen auf etwa 7 Mio. Alkoholkonsumenten aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation geschätzt, was mit ca. 3,5 Todesfällen auf

[70] *DDPPN* (Fn. 1).

[71] *Mukama/lMaclure/Muller/Mittleman*, An exploratory prospective study of marijuana use and mortality following acute myocardial infarction, American Heart Journal (2008), 155:465-70.

1 Mio. Konsumenten ausgedrückt werden kann.[72] Somit ist Alkohol akut lebensgefährlicher als Cannabis.

3. Fremdgefährdung

Alkohol ist bei nahezu 10 % der Straftaten beteiligt[73] und in einer sicher deutlich unterschätzten Quote an häuslicher Gewalt verschärfend wirksam. Für Cannabis gibt es kaum belastbare Hinweise auf gewaltsteigernde Effekte.

All diese Schädigungspotenziale berücksichtigend ist nun der Punkt erreicht, bei dem die Zusammenschau in einer Skizze eines kausalen Systemmodells dargestellt werden kann.

IX. Systemische Modellierung zur Exploration von Szenarien der „Liberalisierung“

Die Beurteilung der Auswirkungen einer Liberalisierung der gesetzlichen Einstufung von Cannabis bedarf geeigneter wissenschaftlicher Methoden. Grundsätzlich muss der epistemische Gegenstand – nämlich die Konsumentenpopulation – als *lebendes und lernendes System* und nicht als reine In*put-Output-Maschine* angesehen werden.[74] In diesem Sinne kommt beispielsweise das Robert-Koch-Institut in einer Übersicht zur Evaluation von Interventionen im Bereich Public Health zu folgender Ansicht:[75] „*Die Wirksamkeit von Interventionen in komplexen Systemen lässt sich nicht angemessen beurteilen, wenn diese Systemkomplexität nicht berücksichtigt wird.*

Zunächst ist das gängige Kausalmodell der Suchtentstehung kurz darzustellen:

1. Komplexes kausales Input-Output-Modell

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Schadens durch Cannabiskonsum, wie vor allem eine Suchtentwicklung, von diversen bio-psychosozialen Faktoren, vor allem aber vom Alter des Konsumenten abhängig und darüber hinaus durch die Dauer, Intensität und Frequenz der Konsumepisoden bedingt ist. Das lässt sich formal beispielsweise in einer Regressions-

[72] *Uhl/Bachmayer/Strizek*, Handbuch Alkohol, Band 1, 2016, S. 29; http://www.bmgf.gv.at/cms/homeattachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuchalkohol_band_1.pdf [Zugriff am 04.05.2017].

[73] *Polizei Hannover*, Polizeiliche Kriminalstatistik 2016, abrufbar unter: http://www.pd-h.polizei-nds.de/kriminalitaet/statistik/polizeiliche-kriminalstatistik-2013-110057.html [Zugriff am 04.05.2017].

[74] *Tretter* (Fn. 26); *EMCDDA* (Hrsg.), Modelling drug use: methods to quantify and understand hidden processes, 2001.

[75] *Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit* (Hrsg), Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012, abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/evaluation_praevention.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 04.05.2017].

gleichung darstellen, allerdings gibt es eine derartige breit akzeptierte Master-Gleichung nicht. Korrekterweise müssten auch das Risiko dämpfende biopsychosoziale Variablen (Schutzfaktoren) darin abgebildet werden. Es gibt also *Treiber* und *Bremser* für die Suchtentwicklung und ähnliche Komplikationen (siehe Abb. 5). Derartige epidemiologisch-statistische Modelle sind durch neurobiologische mechanistische Modelle zu ergänzen, die im Fall der psychischen Störungen auf Moleküle, Synapsen, Zellen, lokale Netzwerke, Schaltkreise und globale Netzwerke rekurrieren.[76]

Auf Populationsebene stellt das SIR-Modell das Kernmodell der Ausbreitungsdynamik von exogenen Krankheiten (z.B. Infektionen) dar (S =Suszeptible, I = Infizierte, R = Resistente). Es liegen aber vielfältige Feedback-Loops bei beiden Modellen, dem Individualmodell ebenso wie bei dem Kollektiv-Modell, vor.[77]

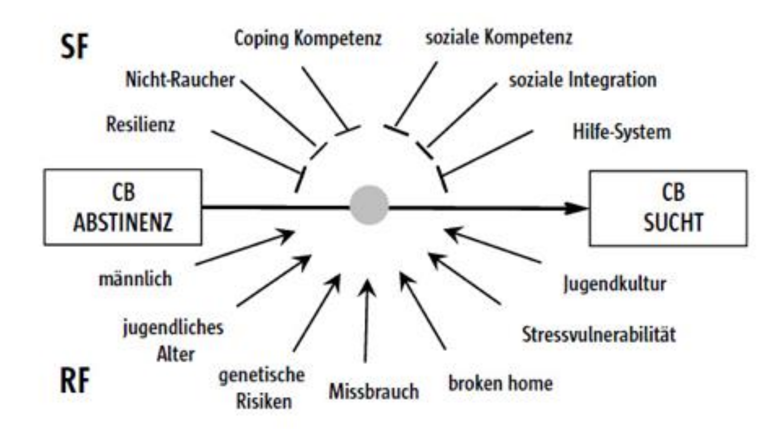


Abbildung 5: Bimodales multifaktorielles biopsychosoziales Kausalmodel der Entwicklung der Cannabis-Abhängigkeit eines Individuums: Übergänge sind Resultat prozessfördernder Risikofaktoren (RF) und prozesshemmender Schutzfaktoren (SF).

Vor allem im anglophonen Kulturraum hat sich mittlerweile in vielen Bereichen der politikvorbereitenden Forschung die Methodik des *gestuften systemischen Modellierens* etabliert.[78] Als Paradebeispiel dafür dienten die ökologischen Modelle des Club of Rome mit ihren sogenannten „Weltmodellen" zum unbegrenzten Wirtschafts- und Bevölkerungswachstum und seinen Umweltfolgen.[79] Mit dieser Methodologie

[76] *Tretter* (Fn. 23).
[77] *Tretter* (Fn. 23).
[78] *Sterman*, Business Dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world, 2000.
[79] *Meadows/Meadows/Randers/Behrens*, The Limits to Growth, 1972.

wird expertenbasiert ein Systemmodell entwickelt, das die verschiedenen Wirkungen und Rückwirkungen der wesentlichsten – beispielsweise zehn – Faktoren eines Problemkomplexes, also bei unserem Thema die Population der Drogenkonsumenten, abbildet:[80] Grundlegend werden dabei zunächst die einzelnen Faktoren in ihren Auswirkungen und ihren Bedingungen in einer empirisch begründeten *Interaktionsmatrix* abgebildet, die dann durch Pfeile-und-Boxen-Diagramme *visualisiert* werden, um im Diskurs anschaulich einen interdisziplinären und intersubjektiven Konsens herstellen zu können. In einem nächsten Modellierungsschritt wird dieses *qualitative Modell* in mathematisierter Form zusammenfassend *formalisiert*, dann mit weiteren *empirischen Daten* angereichert und schließlich über *Szenarien-Simulationen* detaillierter erörtert.

In diesem Zusammenhang ist noch grundlegend zu präzisieren, dass unter dem äußerst allgemeinen Ausdruck „System" im Kontext der Systemwissenschaft Verschiedenes verstanden wird:[81] Ein System besteht aus mindestens *einem Element* A (mit einer verborgenen Struktur) und einer *Input- und einer Output-Variablen*, etwa im Sinne der Black-Box-Perspektive der *Systemanalyse*. Es kann sich auch um mindestens *zwei Elemente* A und B mit *einer Wirkungsrelation* (Kaskade) handeln, oder – was bei Biosystemen typisch ist – *zwei Elemente A und B mit zwei reziproken Relationen* (z.B. Feedback-System).

Die Analyse und Modellierung *komplexer dynamischer System*e – also beispielsweise von Systemen mit Feedbacks und/oder Selbstorganisation – verfügt mittlerweile über eine eigene ausgearbeitete *Methodologie systemischen Modellierens*.[82] Diese Epistemologie geht u.a. *explizit* davon aus, dass weder die *Daten* über das interessierende System *vollständig sind* noch das eindeutige bewährte *empirische Gesetze* über das Systemverhalten vorliegen. Man denke beispielsweise an sozialökologische Systeme, wie sie in den sogenannten Weltmodellen des Club of Rome abgebildet wurden.[83] In dieser defizienten epistemischen Situation kann das Erkenntnisziel nicht die „*Explanation*" des jeweils interessierenden Systems sein, sondern seine „*Exploration*". Dazu dienen computerisierte *Modelle*, die über Szenarien-Experimente optimiert werden und auf diese Weise approximativ das Möglichkeitsspektrum des zu Erklärenden abdecken, indem sie über Simulationen fiktive, zukünftige Entwicklungen charakterisieren. Das wurde mit den Weltmodellen erreicht, mit deren Hilfe

---

[80] *Homer/Hirsch*, System Dynamics Modeling for Public Health: Background and Opportunities, American Journal of Public Health (2006), 96(3):452-458; *Levy/Meza/Zhang/Holford*, Gauging the Effect of U.S. Tobacco Control Policies From 1965 Through 2014 Using SimSmoke, American Journal of Preventive Medicine (2016), (4):535-42; *Tretter*, Modeling the system of health care and drug addicts, in: Proceedings of the 20th International Conference of the Systems Dynamics Society, Palermo, abrufbar unter: http://www.systemdynamics.org/conferences/2002/proceed/papers/Tretter1.pdf [Zugriff am 10.04.2017]; *Ossimitz/Tretter*, Price Effects of Tobacco Consumption - a first System Dynamics Model, in: Trappl (Hrsg.), Cybernetics and Systems 2004, 248-252.

[81] *Bertalanffy*, General System Theory, 1968; *Czayka*, Systemwissenschaft – Eine kritische Darstellung mit Illustrationsbeispielen aus den Wirtschaftswissenschaften, 1974.

[82] *Sterman* (Fn. 78); Forrester, Urban Dynamics, 1996; *Meadows/Meadows/Randers/Behrens* (Fn. 79); *Mobus/Kalton*, Principles of systems science, 2015.

[83] *Meadows/Meadows/Randers/Behrens* (Fn. 79).

„Was-wäre-wenn"-Szenarien durchgetestet wurden. Diese explorativen Modelle wurden über 45 Jahre Forschungsarbeit bis heute durch Validierung mit Daten, die die realen Entwicklungen abbilden, optimiert. Eine alltagsrelevante Version solcher Modellierungen mit (schwach) prädiktiver Funktion sind Wetterprognosen. Derartige Modellierungen und die explorativ-prädiktiven Simulationen können auch bei der politischen Entscheidungsfindung und beim praktischen Problemmanagement sehr hilfreich sein.

Diese Technik der systemischen Modellbildung ist eine der sinnvollsten Strategien für die Analyse komplexer dynamischer Systeme. Es ist ein grundlegend alternativer, aber kompatibler Weg zu der formalistischen Strategie der Big Data Analyse, die ja ihrerseits auf mechanistische Theorien verzichtet. In der Epidemiologie, die ja wegen ihrer latent sozialwissenschaftlichen Dimension bei der Frage nach der „richtigen" Cannabis-Politik die relevante Referenzdisziplin ist, sind derartige Modellierungen bereits unternommen worden: Nicht nur die Dynamik des bevölkerungsweiten Konsums von *Tabak* in Abhängigkeit von verschiedenen Regulationsmaßnahmen, sondern auch die Entwicklung der *Heroin-Szene* bzw. *Kokain-Szene* in Abhängigkeit von den Marktpreisen, die ihrerseits vom Kontrolldruck durch Recht und Polizei abhängen, wurden in ihren *systemischen Zusammenhängen* mit Hilfe von *Szenarien* auf der Basis von *Computermodellen* untersucht.[84]

Theoretischer Kern dieser Modelle sind in der Regel *Angebots-Nachfrage-Relationen*, die im Sinne des basalen Ökonomie-Modells von Märkten die entsprechenden Mengen über Preise abbilden. So ist allerdings bei „harten" Drogen wie Kokain oder Heroin, bei denen rasch eine Abhängigkeit auftritt, bei dem Konsumentenkreis eine verbreitete Preiselastizität anzunehmen. Dies besteht darin, dass die tägliche Kokainmenge quasi um jeden Preis nachgefragt wird und zwar so, dass wegen der monatlichen Konsumkosten, die das Haushaltseinkommen des Abhängigen deutlich übersteigen, kriminelle Beschaffungsaktionen auftreten usw.

Es liegen bereits differenzierte Modelle zur Tabak-Epidemiologie vor, die Mengeneffekte von Preisen auf verschiedene Konsumentengruppen explorieren lassen.[85] Was den Bereich der Modellierung unterschiedlicher Konsumentengruppen betrifft, beruhen diese Modelle auf dem Kompartiment-Konzept, das Suszeptible, Infizierte und Resistente mit weiteren Untergruppierungen vorsieht (SIR-Modell). In diese Modelle können auch Änderungen der Gesetzeslage in ihren epidemiologischen und anderen sozialen Folgen als modulierende Variablen aufge-

[84] *Levy/Meza/Zhang/Holford* (Fn. 80); *Mackintosh/Stewart*, A mathematical model of a heroin epidemic: implications for control policies, Journal of Epidemiology and Community Health (1979), 33:299-304; *Behrens/Caulkins/Tragler/Feichtinger*, Optimal control of drug epidemics: Prevent and treat – But not at the same time?, Management Science (2000), 46, 333-347; *Homer*, A system dynamics model for cocaine prevalence estimation and trend projection, Journal of Drug Issues (1993), 23, 251–279; *Caulkins/Behrens/Knoll/Tragler/Zuba*, Markov chain modeling of initiation and demand: The case of the U.S. cocaine epidemic, Health Care Management Science (2004), 7, 319-329.

[85] *Levy/Friend*, Examining the effects of tobacco treatment policies on smoking rates and smoking related deaths using the SimSmoke computer simulation model, Tobacco Control (2002), 11, 47-54; *Ossimitz/Tretter*, Price Effects on Tobacco Consumption - a first System Dynamics Model, in: Trappl (Hrsg.), Cybernetics and Systems 2004, S. 248-252.

nommen und unter Berücksichtigung der Nebenbedingungen explorativ kalkuliert werden, zumindest was die Größenordnungen der Effekte betrifft. Dabei ist die Berücksichtigung einer Vielzahl an sozialräumlichen, d.h. an sozialökologischen Variablen nötig.[86]

Auf diese Modellier-Beispiele bezogen lässt sich ein semi-quantitatives Zusammenhangsmodell der Cannabis-Epidemiologie entwickeln, bei dem sich wichtige Einflüsse auf die jeweils betrachtete Relation zwischen den Faktoren (Pfeile in Abb. 6) als „Je mehr A, desto mehr B"- bzw. „Je mehr A, desto weniger B"-Beziehungen abbilden lassen (vgl. eingefügte Dosis-Wirkungs-Diagramme in Abb. 6). Die jeweiligen empirischen Interpretationen dieser Relationen beruhen auf empirischen Studien. Allerdings gibt es nicht zu allen diesen Relationen adäquate Daten. Das liegt daran, dass Forschung heute Daten-getrieben und nicht Theorie- bzw. Modell-getrieben erfolgt. Daher müssen solche Einflussvariablen von Experten abgeschätzt werden, mit der Frage, wie wahrscheinlich die betreffenden Effekte sind. Aufgrund der vorliegenden Vielzahl von empirischen Studien erscheint sogar eine datenbasierte Abschätzung durch internationale Vergleiche möglich zu sein.

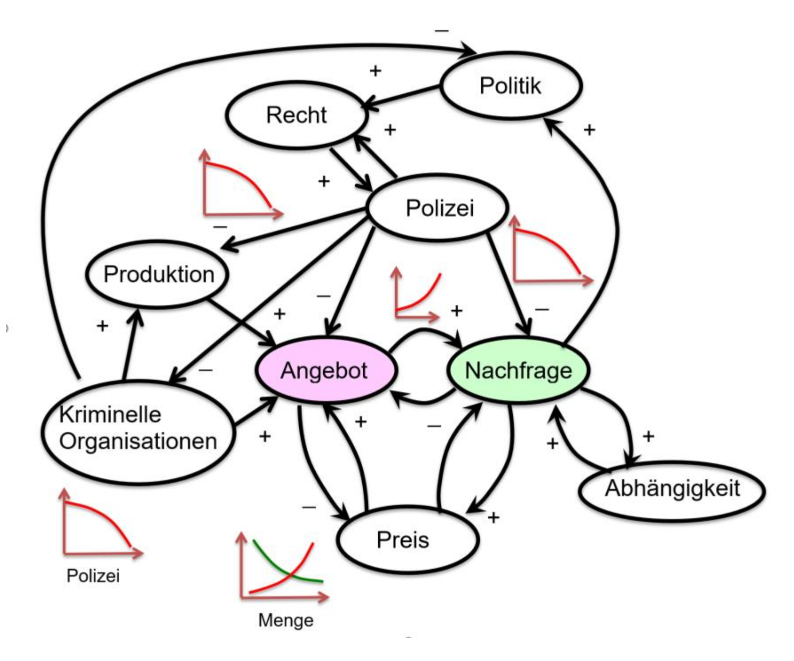


Abbildung 6: Sozialsystemisches Kausalmodell der Cannabis Problematik. Wichtige Wirkfaktoren und einige semi-quantitative Dosis-Wirkungs-Relationen: Je mehr A, desto mehr (oder weniger) B.

[86] *Tretter*, The Social Ecology of the Drug Problem, in: Wright/Borden/Bubolz et al., (Hrsg): Human Ecology - progress through integrative perspectives, Society for Human Ecology, 1995, S. 338-356.

2. Exploration von Szenarien

Es lassen sich nun verschiedene Szenarien explorieren, wie beispielsweise die Frage, ob eine Liberalisierung der Cannabisgesetze in 5 oder x Jahren zu einer Verdoppelung der Jahresprävalenzrate oder gar dazu führt, dass 70 % der Bevölkerung Cannabis konsumiert? Begründete worst case-Szenarien ließen sich dann darstellen usw. Es fragt sich dabei, ob die Schadensbilanz unter liberalen versus repressiven Rahmenbedingungen aufgrund des Wegfalls (oder der Minderung) der Kriminalität „günstiger" ist (siehe Tab. 3). Oder es gibt Fragen zu Effekten der Prävention unter Bedingungen der Liberalisierung mit der Folge der höheren Erreichbarkeit, die durch diese Methoden präziser explorierbar wären. Auch unterschiedliche mögliche Organisationsformen wie die Apothekenabgabe, Effekte von Cannabis-Clubs oder die Adaption der Verhältnisse der freien Cannabis-Märkte wie in Colorado, bezogen auf deutsche Verhältnisse, wären interessant zu eruieren. So würde bei einer Entpönalisierung die Zahl der Geschädigten durch Disinhibitionseffekte zunehmen, abzüglich der Zahl der durch die Kriminalisierung Geschädigten, über die aber derzeit noch keine empirischen Daten vorliegen.

Tabelle 3: Gegenüberstellung z.T. fiktiven Schadenswahrscheinlichkeiten von Cannabiskonsum unter repressiven (R) und liberalen (L) Bedingungen.

	N/R (pro 1000 K)	N/L (pro 1000 K)
Mortalität	0	0
Intoxikation	20	20
Psychose	50	50
Herz-Kreislauf-Störungen	10	10
Delinquenz	50	0
Kognitive Defizite	20	20
Abhängigkeit	100	100
SUMME	250	200

X. Fazit und Perspektiven

Es mangelt in der Cannabis-Debatte an vergleichsweise exakten Daten zu Dosis-Wirkungsverhältnissen und an theoretischen Begründungen, die wiederum integrativer Konzepte bzw. Theorien bedürfen. Diese wiederum fehlen, um Prognosen zum Ausmaß der Ausweitung des Konsums in der Bevölkerung durch eine Entpönalisierung rational abschätzen zu können, etwa mit der Einrechnung der dämpfenden Effekte intensiver Prävention. Demgemäß finden interdisziplinäre Diskussionen nicht wirklich statt, die durch die typische Pointierungsfunktion der Massenmedien in der Öffentlichkeit noch mehr verhindert werden. Die Diskussionen sind stark interessengeleitet wie auch politisch überlagert, wenngleich dem medizinischen Gebrauch allseits positiv gegenüber gestanden wird.

Es dürfte nun klar geworden sein, dass bei tatsächlichem Interesse an einer Maximierung der Rationalität in der Entscheidungssituation zu Cannabis die Weiterentwicklung von Beschreibungs-, Erklärungs- und Prognosemodellen angebracht ist. Dazu sind computerbasierte Systemmodelle hilfreich. Diese müssten mit einer multidisziplinären und vor allem sozialwissenschaftlich kompetenten Arbeitsgruppe entwickelt werden, die im Sinne einer Pro- und Contra-Diskussion das Gewicht relevanter Argumente in einer Gegenüberstellung erarbeitet. Anschließend ist das systemische Risiko in epidemischer Hinsicht über Szenarien durchzuspielen, damit die befürchteten kollektiven Nebenwirkungen evaluiert werden können. Erst mit diesem Stadium der Debatte ist das in einer Wissensgesellschaft realisierbare Wissen erreicht. Es fragt sich aber, welche prominenten und kompetenten Akteure, die am Cannabis-Diskurs partizipieren, zu einer derartigen Arbeit bereit und befähigt wären. Eine zu treffende Entscheidung zur Liberalisierung oder Nicht-Liberalisierung des legistischen Umgangs mit Cannabis erfolgt sicher letztlich intuitiv, einseitig begründet und populistisch. Dennoch würde ein derartiges Modell einen wichtigen Schritt zu einer differenzierten wissenschaftlichen Fokussierung der Debatte darstellen.

„Streitobjekt Cannabis“: Anforderungen an eine rationale Gesetzgebung

Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge

I. Einleitung

Mit der zum 10. März 2017 in Kraft getretenen Änderung des Betäubungsmittelgesetzes[1] ist die bisherige Verkehrsunfähigkeit von Cannabis (gem. Anlage I des BtMG, ausgenommen THC-haltige Fertigarzneimittel)[2] insoweit aufgehoben worden, als Produkte in Frage stehen, die therapeutische Wirkungen zum Wohle schwerkranker Patienten entfalten können („Cannabis als Medizin“). Sofern alternative Behandlungsmöglichkeiten fehlen und sofern es sich um getrocknete Blüten oder Extrakte in standardisierter Qualität handelt, hat der Gesetzgeber sogar einen Anspruch auf finanzielle Abdeckung durch die gesetzlichen Krankenkassen geschaffen (§ 31 Abs. 6 SGB V). Hierdurch sollte zum einen der bisherige Vorwurf beseitigt werden, dass die gesundheits- und ordnungspolitischen Vorstellungen zum schädlichen Freizeitkonsum und Handel mit Cannabis gleichsam auf Kosten schwer leidender Kranker exekutiert werden (insbesondere wegen der in praxi schwer zu erlangenden Ausnahmegenehmigung gem. § 3 Abs. 2 BtMG zum Eigenanbau zwecks Ermöglichung einer Selbsttherapie,[3] die freilich ohnehin nicht

[1] BGBl. I, 403 ff.

[2] Diese Ausnahme wurde eingeführt durch die 25. VO zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften v. 1.5.2011 (BGBl. I, 821).

[3] Eindrucksvolle Schilderung der rechtlichen Hürden jüngst von *Tolmein*, KriPoz 4/2017, 230, 232 ff.

wünschenswert ist[4]). Zum anderen wird man jedoch kaum fehlgehen in der Annahme, dass dieser vorläufig letzte Akt in dem seit langem schwelenden Cannabis-Streit drogenpolitisch eine Reaktion auf die anhaltenden Forderungen nach einer „Legalisierung“ des Besitzes und Erwerbs von Cannabis darstellt, die durch mehrere Gesetzesinitiativen[5] und eine „Resolution“ von 122 Strafrechtsprofessoren/Innen Aufsehen erregt haben.[6] Demgegenüber hat der Gesetzgeber in seiner Begründung zur neuen Rechtslage betont, dass ein strikter Arztvorbehalt, die Festlegung einer Höchstverschreibungsmenge (vgl. § 2 Abs. 1 lit. a Nrn. 2a, b BtMVV), die Apothekenpflichtigkeit der Abgabe sowie die Kontrolle des Anbaus durch eine (organisatorisch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM – angesiedelte) „Cannabis-Agentur“ (§ 19 Abs. 2a BtMG n.F.) die „Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs“ gewährleisten und einen Betäubungsmittelmissbrauch „so weit wie möglich“ ausschließen sollen.[7]

Darin drückt sich jene „gespaltene Haltung“ aus, die bereits im Jahr 2009 eine hochgelobte BBC-Dokumentation unter dem Titel „Cannabis – the evil weed?“[8] eindrücklich zum Ausdruck brachte: Es besteht einerseits die Hoffnung auf therapeutische Nutzung zur Linderung schwerer Leidenszustände, andererseits aber die große Sorge vor einem verbreiteten Missbrauch zum Schaden der Konsumierenden selbst, aber mittelbar zugleich der Gesellschaft im Ganzen. Zu erstgenannter Dimension kursieren eine Vielzahl „anekdotischer Geschichten“[9] insbesondere zu einer angenommenen heilenden Wirkung bei Krebserkrankungen; doch fehlt es bislang an der nötigen klinischen Evidenz. Dies scheint bemerkenswerterweise auch die Position des Gesetzgebers zu sein, obgleich er den Weg zur ärztlichen Verordnung im individuellen Einzelfall bereits geebnet hat: Denn der neue § 31 Abs. 6 SGB V verpflichtet zugleich das BfArM mit einer „nichtinterventionellen Begleiterhebung“ (und die verordnenden Ärzte zur Mitarbeit via Übermittlung der relevanten Daten), „um so eine Erkenntnisgrundlage für die Entscheidung über die dauerhafte Aufnahme in die Versorgung zu schaffen“[10] – die es also derzeit e contrario noch gar nicht gibt! Dass damit allerdings die Befürworter einer freien Zugänglichkeit für alle zufriedengestellt sein könnten, steht nicht zu erwarten: Vielmehr sehen interessierte Kreise (wie der Deutsche Hanfverband), aber auch

---

[4] So ausdrücklich die Entwurfsbegründung, BT-Drucks. 18/8965, S. 10.

[5] Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN v. 28.1.2009 (BT-Drucks. 16/11762) und v. 13.6.2012 (BT-Drucks. 17/9948): Entkriminalisierung von Besitz und Anbau zum Eigenverbrauch; Antrag der Fraktion DIE LINKE v. 28.9.2011 (BT-Drucks. 17/7196): Einführung sog. „Cannabisclubs“; Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN v. 4.3.2015 (BT-Drucks. 18/4204): Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes.

[6] http://schildower-kreis.de/resolution-deutscher-strafrechtsprofessorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages/ [Zugriff am 15.7.2017].

[7] BT-Drucks. 18/8965, S. 1, 12.

[8] https://ok.ru/video/549324937 [Zugriff am 16.7.2017].

[9] Cannabis-Dokumentation „Medizin für alles – holy weed“ v. 1.2.2017: https://www.youtube.com/watch?v=nuazLjXw5OE [Zugriff am 16.7.2017].

[10] BT-Drucks. 18/8965, S. 21.

öffentlich-rechtliche Fernsehredaktionen[11] diese Freigabe nur als ersten Schritt auf dem Weg zur „vollständigen Legalisierung“ auch für reine „Genusszwecke“[12], als die ersehnte „Kehrtwende“[13], für die seit Jahren in einem „Global Marijuana March“ sogar demonstriert wird.[14] Und in der Tat haben die bekannten Argumente gegen die bisherige Pönalisierung des Besitzes, Anbaus und Handels von Cannabis schlechterdings nichts mit dem Schicksal leidender Patienten zu tun, sondern sind von wesentlich grundsätzlicherer Natur: Selbstbestim–mung statt staatlicher Bevormundung, Verhältnismäßigkeit der Mittel statt „Kriminalisierung“ und Gleichbehandlung im Verhältnis zu Alkohol und Tabak – so lauten die zentralen Schlagworte. Von einer solchen menschenrechtlich motivierten Warte aus bildet der Einsatz für eine therapeutische Nutzbarmachung nur einen eher randständigen, bei manchem wohl auch nur vorgeschobenen Aspekt, allerdings mit dem positiven Nebeneffekt, dass der Umgang mit Cannabis auf diese Weise als (noch stärker) enttabuisiert, „aus der Schmuddelecke“[15] entlassen gelten kann (muss).

Bemerkenswerterweise plädieren Befürworter wie Gegner einer Cannabis-Legalisierung in gleicher Weise für eine stärker „rationale“, „vernünftige“ Drogenpolitik, die sie der eigenen Sichtweise bescheinigen und der entgegengesetzten als einer bloß „ideologischen“ absprechen: Die ersteren beziehen sich mit ihrem Vorwurf der „Irrationalität“ auf die angeblich gescheiterte „Prohibition“[16] (stets in Anklang an die erfolglosen Bestrebungen der US-amerikanischen Politik um Durchsetzung eines Alkoholverbots zwischen 1920 und 1933), verweisen also auf die weite Verbreitung und „Normalität“ des Cannabiskonsums als „gesellschaftliche Alltagserscheinung“[17] oder gar Ausdruck einer besonderen Rausch-„Kultur“[18]. Die letzteren sehen in populären Darstellungen zum Thema eine verantwortungslose Verharmlosung der gesundheitlichen Risiken und das Ignorieren der daraus resultierenden gesamtgesellschaftlichen Kosten (im materiellen wie immateriellen Sinne) jedenfalls bei länger andauernder, zur Gewohnheit werdender Einnahme (besonders bei Kindern und Jugendlichen) und monieren damit de facto ein blauäugiges, von Empirie im wissenschaftlichen (klinisch-psychiatrischen), fallbezogen-biographischen und forensisch-justizpraktischen Sinne ungetrübtes Wunschbild

---

[11] https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-kommentar-101.html [Zugriff am 16.7.2017].

[12] So ausdrücklich *Wurth*, Interview in der S.Z. v. 19.1.2017.

[13] http://www.wz.de/home/ratgeber/kehrtwende-in-der-cannabispolitik-2017-1.2283317 [Zugriff am 17.7.2017].

[14] http://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/konstanz/Eine-Legalisierung-von-Cannabis-macht-Sinn%3Bart372448,9242668; http://www.beobachternews.de/2017/05/07/gut-gelaunt-fuer-legalisierung/ [Zugriffe am 17.7.2017].

[15] https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-kommentar-101.html [Zugriff am 16.7.2017].

[16] Unter den prominenten Vertretern v.a. der vormalige Vorsitzende Bundesrichter *Fischer*, https://anwaltauskunft.de/magazin/gesellschaft/staat-behoerden/1849/warum-man-cannabis-legalisieren-soll/ [Zugriff am 16.7.2017].

[17] Fraktion DIE LINKE, Antrag v. 28.9.2011 (BT-Drucks. 17/7196, S. 1).

[18] https://www.youtube.com/watch?v=XbQsYxvvzOY [Zugriff am 16.7.2017].

von den eigentlichen Realitäten.[19] Welche Schlussfolgerungen ein „rationaler" Gesetzgeber aus dieser Gesamtschau der fundamental konträren Anschauungen zu ziehen hätte, bildet den Kern der folgenden Überlegungen: Sie bezwecken nicht, dem Leser eine der beiden Vorstellungswelten aufzudrängen, sondern suchen die Argumentationsweisen zu rekonstruieren und nach ihrer logischen Stringenz und normativen Überzeugungskraft (im Lichte der vorgegebenen verfassungsrechtlichen Rahmenordnung) zu analysieren. Für welche Seite die stärkeren der (mehr oder weniger) „guten Gründe" streiten könnten, kann sich allenfalls am Ende als Resultat einer sorgsam wägenden Gesamtwürdigung zeigen.

II. Grundanforderungen an eine „rationale" Gesetzgebung

Bevor jedoch die jeweiligen Annahmen und Begründungsweisen im hiesigen Kontext konkret beleuchtet werden können, bedarf es zuerst einer klaren Leitmaxime zu den überhaupt bestehenden „Rationalitäts"-Anforderungen. Dass der Rationalitätsbegriff ein hohes Maß an semantischer Deutungsoffenheit und Ambiguität aufweist (und mutmaßlich kontextspezifisch divergent ist), hat spätestens die preisgekrönte Habilitationsschrift von *Susanne Hahn* nachdrücklich gezeigt.[20] In seinem etymologischen Ausgangspunkt versteht sich Rationalität bekanntlich als ein „spezifischer Typus des menschlichen Denkens" (lat. ratio), der einer sinnlich-emotionalen Wahrnehmung entgegengesetzt ist:[21] Das Gefühlsmäßige kann allerdings durchaus am Anfang einer rationalen Aufklärung stehen oder eine solche begleiten (vermutlich ist es neurophysiologisch ohnehin ein „unvermeidlicher" Begleiter), d.h. „irrational" ist nur ein solches Urteil, das sich einer verstandesmäßigen Reflexion bzw. deren Resultaten als „unerwünscht" begründungslos verweigert. Im Sinne einer grundlegenden Anforderung für alle denkbaren Anwendungsfelder von Rationalität gilt daher das Erfordernis einer – intersubjektiv vermittelbaren – „Wohlbegründetheit": „Etwas (eine Meinung, eine Handlung, ein Wunsch, ein Ziel, eine Norm etc.) ist rational, wenn es begründet, d.h. durch [gute, *G.D.*] Gründe gerechtfertigt ist"[22].

Die Rationalität von Normen setzt allerdings weit mehr als bloß die Beachtung der allgemeinen Denkgesetze (wissenschaftstheoretisch: interne Konsistenz)[23] voraus. Vielmehr geht es hier um die Rechtfertigung von Geltungsansprüchen (und deren „diskursive Einlösung"[24]) nach Maßgabe der übergeordneten Normprinzi-

[19] Statt vieler nur *Duttge/Steuer*, MedR 2015, 799 ff.

[20] *Hahn*, Rationalität. Eine Kartierung, 2. Aufl. 2017, insbes. S. 54 ff., 267 ff.

[21] *Vietta*, Rationalität – Eine Weltgeschichte, 2012, S. 13, 15, 47 f.; zum Gebot der (emotionsfreien) „Sachlichkeit" verwaltungsrechtlicher Entscheidungen dezidiert BVerwGE 70, 143, 151 f.

[22] *Gosepath*, Artikel „Rationalität", in: Sandkühler (Hrsg.), Enzyklopädie Philosophie, Bd. 2, 1999, S. 1337, 1338.

[23] Zum Begriff näher z.B. *Hofstadter*, Godel, Escher, Bach – An eternal golden braid, 1979, S. 94 ff.

[24] *Gethmann*, Artikel „Rationalität", in: Mittelstraß (Hrsg.), Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie, Bd. 3, 2004, S. 468.

pien und relational zur bestehenden Normenordnung (systematische Kohärenz: „Einheit der Rechtsordnung"). Dies charakterisiert im Sinne einer geläufigen Differenzierung die sogenannte Wertrationalität, die danach fragt, ob das mit einer Norm Bezweckte als solches – unabhängig von seinen voraussehbaren Folgen – einem vorgegebenen normativen Prinzip oder Gebot entspricht. Die sogenannte Zweckrationalität betrifft hingegen die instrumentelle Zweck-Mittel-Rationalität,[25] ob mit dem gewählten Mittel – hier: der gesetzten Norm – also der intendierte Zweck auf Grundlage einer hinreichend plausiblen Prognose rechtstatsächlich erreicht werden kann. Der dabei mit Rücksicht auf die praktische Zielrichtung gesetzgeberischen Handelns maßgeblichen „Sachrichtigkeit"[26] bedarf es freilich auch schon bei der Beurteilung des Status quo ante, der eine Rechtssetzung überhaupt erst notwendig erscheinen lässt: Denn wenn es in Wahrheit überhaupt keinen sozialrelevanten Regelungsbedarf gibt, wäre jedwede Regulierung nicht nur sinnlos, sondern aufgrund des ihr immanenten Verbotscharakters unverhältnismäßig (da nicht erforderlich). Dieser Blick auf die „wirklichen" Lebensverhältnisse lässt es aber nicht genügen, sich lediglich auf – mehr oder weniger zuverlässige – Alltagserfahrungen im Sinne eines „nativen Realismus" zu beschränken:[27] So sehr es Sache der juristischen Bewertung ist, aus der Gesamtheit aller denkbaren Seinstatsachen jene auszuwählen, die mit einer spezifisch rechtlichen (d.h. folgenrelevanten) Bewertung versehen werden sollen,[28] müssen diese zu juristischen „Sachverhalten"[29] geadelten Ausschnitte aus der sozialen Wirklichkeit so genommen werden, wie sie sich nach bestmöglicher – d.h. wissenschaftlich aufgeklärter – Erkenntnis darstellen: „Als selbstverständlich darf vorausgesetzt werden, dass ein bestimmtes reales Geschehen nur dann Gegenstand des juristischen Begriffes sein kann, wenn es dem im Begriff umschriebenen Geschehen entspricht; daraus folgt aber, dass die Frage nach der Wirklichkeit und dem Geartetsein eines realen Ge-

[25] Z.B. *Röhl*, Rechtssoziologie, 1987, § 30 III; ausführlich *Lenk/Spinner*, Rationalitätstypen, Rationalitätskonzepte und Rationalitätstheorien im Überblick, in: Stachowiak (Hrsg.), Pragmatik: Handbuch des pragmatischen Denkens, Bd. III, 1989, S. 1 ff.; siehe auch *Isensee*, AöR 140 (2015), 169, 175; *Steinbach*, Rationale Gesetzgebung, 2017, S. 34 (der allerdings von einem „gespaltenen Begriff" ausgeht, weil die Festsetzung des Zwecks dem Bereich materieller Rationalität zuzuordnen sei).

[26] Oder „Sachgerechtigkeit", so z.B. *Schlüchter*, Mittlerfunktion der Präjudizien, 1986, S. 20, 50 et passim.

[27] *Max Weber*, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 7. Aufl. 1988, S. 393: „Die Alltagserfahrung […] ist natürlich der gemeinsame Ausgangspunkt aller empirischen Einzeldisziplinen. Jede von ihnen will über sie hinaus und muss dies wollen – denn eben darauf ruht ja ihr Existenzrecht als ›Wissenschaft‹".

[28] Und insoweit anmaßende „Rechts"-Interpretationen anderer Wissenschaften zurückzuweisen, siehe dazu bereits (unter Hinweis auf aktuelle Thematiken wie „Sterbehilfe", „Schuld/Neurowissenschaften" u.a.m.) *Duttge*, in: Koriath/Krack/Jehle/Radtke (Hrsg.), Grundfragen des Strafrechts, Rechtsphilosophie und die Reform der Juristenausbildung, 2010, S. 31, 49.

[29] Statt vieler nur *Arth. Kaufmann*, Rechtsphilosophie, 2. Aufl. 1997, S. 89: „Gestaltung des Falles zu einem Sachverhalt (Konstruktion)"; manche sprechen auch vom „Lebenssachverhalt" in Abgrenzung zum abstrakt-typisierenden „Tatbestand" als Element des Rechtssatzes: *Engisch*, Einführung in das juristische Denken, 8. Aufl. 1989, S. 34; hiergegen jedoch *Pavčnik*, Juristisches Verstehen und Entscheiden, 1993, S. 12 f.: „rechtserheblicher Sachverhalt".

schehens in beiden auftretenden Fällen [bei der Subsumtion konkreter Lebenssachverhalte wie zuvor bei der juristischen Begriffs- und Regelbildung, *G.D.*] von dem gleichen erkenntnistheoretischen Standpunkt aus beantwortet werden muss. […] Soweit die Gegenstände [der juristischen Begriffsbildung, *G.D.*] daher auch Objekte anderer Wissenschaften sind, dürfen und müssen zwecks möglichst präziser Bestimmung die Ergebnisse dieser Wissenschaften herangezogen werden“[30].

Die Angemessenheit und Sachrichtigkeit rechtlich relevanter Verhaltensregeln verwirklicht sich an realen Menschen in realen Situationen: „Gerechtigkeit braucht also Wahrheit, setzt Empirie voraus“[31]. Der immanente Anspruch des Rechts auf praktische Geltung und Akzeptanz setzt einer „Normativierung“ seiner Bezugsgegenstände daher unübersteigbare Grenzen – plakativ veranschaulicht: Das Recht mag der Erde verbieten, sich weiter um die Sonne zu drehen, oder in der Hand eines totalitären Regimes allen Frauen gebieten, zum Wohle des erwünschten Bevölkerungswachstums ihre Kinder bereits nach sechs Monaten zu gebären[32] – seine Glaubwürdigkeit und seinen „Steuerungsanspruch“[33] hätte es damit jedoch verspielt. Die rechtliche Reglementierung verlangt somit nach einer bestmöglichen wissenschaftlichen Aufklärung der relevanten Seinstatsachen und kann sich mit den Wunschvorstellungen Einzelner oder auch Vieler (z.B. einer Mehrheit von Laien) nicht zufriedengeben.[34] Werden anstelle der als (vorläufig) sachrichtig geltenden Tatsachen nicht bzw. nicht hinreichend kritisch aufgeklärte Wirklichkeitsannahmen zugrunde gelegt, handelt es sich bei solchermaßen „begründeten“ Annahmen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen um eine Form von „Ideologie“: eine bewusst ungeprüfte, verglichen mit der „objektiven“ Sachlage unrichtige Überzeugung, die deshalb nicht bloßer Irrtum ist, weil ein „prinzipielles, durch die Standortabhängigkeit des Denkens unvermeidliches Bewusstsein“[35] eine wissenschaftliche Aufklärung und Korrektur der Fehlvorstellung von vornherein verhindert.

Dabei ist der Umstand einzubeziehen, dass die Erkenntnis von „Wirklichkeit“ stets nur eine bestmögliche Annäherung und die jeweils postulierte Annahme stets nur vorläufiger Natur sein kann – vorbehaltlich besserer Einsicht. Es kann bei der Begrenztheit menschlicher Erkenntnis immer nur um eine „begründete Bevorzu-

---

[30] *Gössel*, Wertungsprobleme des Begriffs der finalen Handlung, 1966, S. 21, 30.

[31] *Hassemer*, in: Eser-FS 2005, S. 115, 123.

[32] Beispiel nach *Hilgendorf*, in: Lampe-FS 2003, S. 285, 299.

[33] *Röhl/Röhl*, Allgemeine Rechtslehre, 3. Aufl. 2008, S. 251 f.; *Rüthers/Fischer/Birk*, Rechtstheorie, 7. Aufl. 2013, Rn 78 ff.

[34] Dazu ausf. *Steinbach* (Fn. 25), S. 7 ff., 155 f.: „Empirie als Pflichtenquelle einer wirkungsorientierten Steuerungsrationalität“ – was im Ausgangspunkt „eine präzise Bestimmung der zugrunde liegenden Tatsachen und Prognosen und eine sorgfältige Eruierung möglicher Folgen und Nebenwirkungen“ bedingt, nach Inkrafttreten des Gesetzes sodann eine sorgfältige „nachgelagerte Gesetzesevaluation“.

[35] *Ganslandt*, Artikel Ideologie, in: Mittelstraß (Fn. 24), Bd. 2, 2004, S. 193 f.; siehe auch *Ryffel*, Rechts- und Staatsphilosophie 1969, S. 364 f.: „wenn Richtigkeitsvorstellungen unter Berufung auf theoretisch Richtiges, das von der Wissenschaft der Zeit längst ad acta gelegt worden ist, vertreten werden“.

gung“ kraft einstweiliger „Bewährung“[36], nicht aber um eine letztgültige, gleichsam mit dem Anspruch ewiger Gültigkeit versehenen „Richtigkeit“ gehen. Dementsprechend zählt zur Rationalität gesetzgeberischen Handels immer auch, die Entwicklungen und neuen Einsichten des jeweiligen Sachgebietes „in angemessenen Zeitabständen“ zu beobachten, um ggf. reagieren und die bisherigen – womöglich sachinadäquat gewordenen – Regelungen den neuen Gegebenheiten und Erkenntnissen anpassen zu können (sog. „Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht“)[37]. Das Ausmaß dieser gesetzgeberischen Kontrollpflicht in Bezug auf die eigenen vorausgegangenen Rechtsakte verhält sich dabei proportional zur Wertigkeit der potentiell betroffenen Rechtsgüter; generell soll sie sich nach der Rechtsprechung des BVerfG erst dann aktualisieren, „wenn die Verfassungswidrigkeit eines Gesetzes erkannt oder doch jedenfalls deutlich erkennbar wird“[38], sie kann sich aber bis zu einer permanenten Beobachtungspflicht verdichten, wenn die Schutzpflicht des Gesetzgebers für das (ungeborene) Leben auf dem Spiele steht. Eine solche Pflicht zur weiteren Folgenabwägung seiner Rechtsakte auch nach deren Erlass hat das BVerfG ebenfalls in seinem Cannabis-Beschluss vom 9. März 1994 deutlich betont: „Angesichts der offenen kriminalpolitischen und wissenschaftlichen Diskussion über die vom Cannabiskonsum ausgehenden Gefahren und den richtigen Weg ihrer Bekämpfung […] hat der Gesetzgeber die Auswirkungen des geltenden Rechts unter Einschluss der Erfahrungen des Auslandes zu beobachten und zu überprüfen […]. Dabei wird er insbesondere einzuschätzen haben, ob und inwieweit die Freigabe von Cannabis zu einer Trennung der Drogenmärkte führen und damit zur Eindämmung des Betäubungsmittelkonsums insgesamt beitragen kann oder ob umgekehrt nur die strafbewehrte Gegenwehr gegen den Drogenmarkt insgesamt und die sie bestimmende organisierte Kriminalität hinreichenden Erfolg verspricht.“[39]

Bei der prognostischen Beurteilung solcherart gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen kommt dem Gesetzgeber jedoch zugleich ein „Einschätzungs- und Prognosevorrang“[40] zu: Dies gilt insbesondere dann, wenn er – wie zuletzt etwa beim Nichtraucherschutz relevant geworden – zur Verhütung von Gesundheitsgefahren für die Allgemeinheit tätig wird; denn es kann der Rechtsgemeinschaft nicht

---

[36] Kurzformel des kritischen Rationalismus, wie er sich in verschiedenen Werken *Karl Poppers* ausgebreitet finden, vor allem in: Tatsachen, Maßstäbe und Wahrheit: eine weitere Kritik des Relativismus (1961), in: Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, 7. Aufl. 1992, Bd. 2, S. 460 ff. (Anhang); Vermutungen und Widerlegungen, 1963/1994, Teilbd. 1, S. 312 ff.; Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf, 4. Aufl. 1984, S. 83 ff.; grundlegend auch *Albert*, Die Idee der kritischen Vernunft, Aufklärung und Kritik 2/1994, S. 16 ff.; treffend *Gadenne*, in: ders./Wendel (Hrsg.), Rationalität und Kritik, 1996, S. 57, 77: „Vorziehen als Grundlage für unsere Handlungen sollten wir die bestgeprüfte Theorie. Gemeint ist die am strengsten geprüfte, nicht falsifizierte, also die *bestbewährte* Theorie“.

[37] Seit langem in der Rspr. des BVerfG anerkannt, vgl. BVerfGE 25, 1, 12 f.; 35, 79, 117; 49, 89, 130; 88, 203, 310 f.; 95, 267, 314 f.; 110, 141, 158; 111, 333, 355 f.; 127, 87, 116; 130, 263, 300; 133, 168, 235 f.

[38] BVerfGE 16, 130, 142; 88, 203, 310.

[39] BVerfGE 90, 145, 194.

[40] BVerfGE 103, 279, 307 für die Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wirtschaftsordnung.

angesonnen werden, so lange untätig zuzuwarten, bis erst die letzten Restzweifel am schädigenden Charakter des Geschehens definitiv beseitigt sind. Das BVerfG sieht den gesetzgeberischen Einschätzungsspielraum in solchen Fällen sogar erst dann als überschritten an, „wenn die Erwägungen des Gesetzgebers so offensichtlich fehlsam sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für die angegriffenen gesetzgeberischen Maßnahmen abgeben können“[41]. Das wird man allerdings dann, wenn Verhaltensweisen mit einer Strafdrohung versehen und damit zu einer kriminellen Tat deklariert sind, mit guten Gründen für einen zu großzügigen, die gesetzgeberische Bindung an die nötige (bestmögliche) Sachrichtigkeit zu sehr vernachlässigenden Maßstab betrachten müssen – wie das beispielsweise die Strafrechtswissenschaft an der im Kern ausschließlich moralisierenden und insofern irrationalen Strafvorschrift des Geschwisterinzests (§ 173 Abs. 2 S. 2 StGB) zu Recht mehrheitlich beanstandet hat.[42] Es bedarf also schon etwas mehr als lediglich die Einschätzung, dass schädigende Wirkungen nicht gänzlich ausgeschlossen und die gesetzgeberischen Maßnahmen zu deren Abwehr nicht von vornherein untauglich sind. Vielmehr wird man hier, wenn also die Legitimation einer Strafnorm in Frage steht, ein „spezifisches (ernstliches) Schädigungspotential“ des bemakelten Verhaltens (hinsichtlich eines schützenswerten Rechtsgutes) verlangen müssen.[43] Und hier gilt natürlich nicht minder, dass sich „prognostische Urteile […] auf Tatsachenfeststellungen [gründen], die ihrerseits einer Prüfung und Bewertung zugänglich sind“[44]. Dass diese Tatsachenannahmen wie auch die darauf gestützten Werturteile, welche in ihrer Gesamtheit die Gesetzesregelung „begründen“ sollen, auch als solche offengelegt werden müssen, um für die gesamte Rechtsgemeinschaft der Kritik und Überprüfung zugänglich zu sein, sollte sich nach dem Vorstehenden von selbst verstehen. Allzu (verfassungs-)rechtspositivistisch ist daher die alte Formel des früheren Verfassungsrichters *Geiger*, wonach der Gesetzgeber ausweislich der expliziten grundgesetzlichen Vorgaben „nichts als das Gesetz“ schulde.[45] Nur darf eines nicht übersehen werden: „Die Rationalität von Gesetzen lebt von ihrer Begründbarkeit, nicht von ihrer Begründung“[46]!

---

[41] BVerfGE 121, 317, 350.

[42] Statt vieler nur *Duttge*, in: Roxin-II-FS 2011, Bd. 1, S. 227 ff. und in: Ryukoku University Law Review, vol. 45, no. 2 (2012), 253 ff. entgegen BVerfGE 120, 224 ff.; zur Irrationalität eines gesellschaftlichen „Tabus“ siehe z.B. *Tolmein*, FAZ v. 15.4.2012: „Tabu benötigt keine Begründung“; vertiefend *Depenheuer* (Hrsg.), Recht und Tabu, 2003; *Isensee*, Tabu im freiheitlichen Staat. Jenseits und diesseits der Rationalität des Rechts, 2003, z.B. S. 27: „In der offenen Gesellschaft der Aufklärer haben Tabus keine Chance“; *Strasser*, in: Schweighofer/Liebwald/Augeneder/Menzel (Hrsg.), Effizienz von e-Lösungen in Staat und Gesellschaft. Aktuelle Fragen der Rechtsinformatik, 2005, S. 546 ff.

[43] Z.B. *Duttge*, in: Weber-FS 2004, S. 285, 294 f.

[44] BVerfGE 50, 290, 332; 106, 62, 151.

[45] *Geiger*, in: Berberich/Holl/Maaß (Hrsg.), Neue Entwicklungen im öffentlichen Recht, 1979, S. 131 (141): „Der Gesetzgeber schuldet den Verfassungsorgangen und Organen im Staat, auch den Verfassungsgerichten, nichts als das Gesetz. Er schuldet ihnen weder eine Begründung noch gar die Darlegung seiner Motive, Erwägungen und Abwägungen“; hiergegen insbes. *Lücke*, Begründungszwang und Verfassung, 1987.

[46] *Cornils*, DVBl. 2011, 1053, 1058.

Das (idealistische) Bild eines rationalen Gesetzgebers wäre aber trotz der bisher schon beachtlichen Anforderungen[47] unvollständig, wenn nicht auch die „Gleichgerechtigkeit“[48] einbezogen würde: Der (wohlüberlegt so bezeichnete) Gleichbehandlungsgrundsatz gebietet, „wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln“[49]. Richtigerweise ist dabei von einem „Grundsatz“ (in juristischem Sprachgebrauch) die Rede, weil dem Normgeber eine Differenzierung von Sachgestaltungen damit keineswegs untersagt ist: „Differenzierungen bedürfen jedoch stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Ziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind“[50]. Die Anforderungen an jenen die Ungleichbehandlung tragenden Sachgrund sieht die Rechtsprechung des BVerfG seit langem relativ zum Ausmaß an freiheitsrechtlicher Betroffenheit sowie dazu, inwieweit das jeweilige Differenzierungskriterium den potentiell Benachteiligten als personenbezogenes Merkmal unverfügbar anhaftet (arg. Art. 3 Abs. 3 GG: Diskriminierungsverbote): Sie reichen dabei „von gelockerten auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen bis hin zu strengen Verhältnismäßigkeitserwägungen“[51]. Noch komplexer wird die Anwendung des Gleichheitsprinzips dadurch, dass die Gleichheitsforderung als solche noch nichts darüber besagt, was überhaupt als „wesentlich gleich“ bzw. als „wesentlich ungleich“ gelten kann. Dies erfordert vielmehr einen dem unmittelbaren Vergleich vorgelagerten, selbst begründungsbedürftigen Bewertungsakt, wenn aus der Fülle „von faktischer Ungleichheit abstrahiert und […] nur eine bestimmte Menge von Merkmalen [im Lichte eines sog. tertium comparationis, *G.D.*] als maßgeblich herausgehoben wird“[52]. Der frühere Verfassungsrichter *Paul Kirchhof* hat die Diffizilität dieser Vorausbewertung wie folgt beschrieben: „Die Anwendung des Gleichheitssatzes steht und fällt damit, dass die Ähnlichkeit und Verschiedenheit realitätsgerecht erfasst, sodann in ihrem gesellschaftlichen und rechtlichen Umfeld sachgerecht gewürdigt und schließlich folgerichtig in die Wertungen der […] Rechtsordnung eingebettet wird“[53]. Dieses Gebot der Folgerichtigkeit „bindet nicht an eine vorgefundene Wirklichkeit, sondern an einen vorherigen verbindlichen Rechtsgedanken, es fordert mithin den vernünftigen Grund gegenüber der [bestehenden, *G.D.*] Rechtsordnung“[54]. Die

[47] Vgl. *Grzeszick*, VVDStRL 71 (2012), 49, 53: „transparente und sachgerechte Gesetzgebungsverfahren; die in folgerichtige, kohärente und realitätsgerechte Gesetze münden; die aus klaren und wahren Normen bestehen; die eine erkennbare, zusammenhängende und tragfähige Begründung haben; in der Tatsachenannahmen und die entscheidungsstützenden Gründe hinreichend vollständig und nachprüfbar benannt werden sowie schonendere Alternativen wertend eingeführt worden sind…“.

[48] *Schlüchter* (Fn. 26), S. 49 et passim.

[49] BVerfG in st. Rspr., zuletzt in: NVwZ 2017, 617, 620 m.w.N.

[50] BVerfG, ebd.

[51] Aus der jüngeren Rspr. z.B. BVerfGE 117, 1, 30; 122, 1, 23; 126, 400, 416; 129, 49, 68.

[52] *Osterkamp*, Juristische Gerechtigkeit, 2004, S. 243.

[53] *Kirchhof*, Die Verschiedenheit der Menschen und die Gleichheit vor dem Gesetz, 1996, S. 10.

[54] *Kirchhof* (ebd.), S. 38.

damit akzentuierte Rechtfertigungsbedürftigkeit der Abweichung setzt jedoch die „Vernünftigkeit“ der vorfindlichen „Systementscheidung“ voraus.[55]

III. Die zentralen Argumente zur Cannabis-Legalisierung im „Feuer der Kritik“

Mögen die so skizzierten Rationalitätsanforderungen auch keine „Metrisierung“, keine exakte Berechnung anhand einer „objektiven Messtechnik“ zulassen,[56] geben sie dennoch analytische Instrumente an die Hand, um die wichtigsten Argumente im hiesigen „Streitfall“ in ihrer Überzeugungskraft besser einschätzen zu können. Dabei sollte im Ausgangspunkt eigentlich nicht ernstlich zweifelhaft sein, dass der mit der Strafvorschrift des § 29 BtMG intendierte Schutz von Leben und Gesundheit – also der beiden zentralen höchstpersönlichen Güter menschlicher Existenz – gesamtwirtschaftlichen Überlegungen (v.a. zu Steuereinnahmen) oder Spekulationen zur Entwicklung des (Schwarz-)„Marktgeschehens“ – soweit es nicht wiederum um die Notlagen der abhängigen Konsumenten geht – deutlich vorrangig ist. Denn gesetzliche Regelungen mit dem Ziel des Gesundheitsschutzes dienen, wie das BVerfG zuletzt zu den verpflichtenden Warnhinweisen auf Tabakerzeugnissen („Schockfotos“) betont hat, einem „überragend wichtigen Gemeinwohlziel“, und zwar sowohl für jene Personen, die den Gefahren ohne eigene Verantwortlichkeit als Teil der Allgemeinheit ausgesetzt sind als auch für jene, die sich durch ihren eigenen Konsum selbst gefährden.[57] Dass Cannabis eine per se harmlose Droge, etwa vergleichbar mit handelsüblichem Kaffee oder Tee sein könnte, muss heute jedoch nach aktueller klinisch-psychiatrischer und neurologischer Erkenntnis als hinreichend widerlegt angesehen werden.[58]

Gewiss ist die Wirkweise des konsumierten Cannabis in für den Einzelnen kaum vorhersehbarer Weise von vielfältigen Einflussfaktoren abhängig, der Kausalzusammenhang hinsichtlich potentieller (vor allem psychisch-neurologischer) Beeinträchtigungen alles andere als linear-eindimensional. Wenn Gegner einer „Legalisierung“ Cannabis-haltige Produkte daher pauschal als „Teufelszeug“ schlechthin perhorreszieren, entspringt dies in derselben Weise einer „ideologischen“ Grundhaltung wie im Falle der verharmlosenden Stellungnahmen – nur eben einer anderen, entgegengesetzten. Wer vor dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse jedoch nicht die Augen verschließt, muss zwangsläufig konzedieren, dass der Konsum von Cannabis erstens nicht wirkungslos ist (sonst wäre der Konsum nicht attraktiv), dass zweitens die Wirkweise bei laienhafter,

[55] Zutreffend krit. gegenüber einer „Verschiebung der Rechtfertigungslast von der Grundentscheidung auf die Ausnahmen“ *Grzeszick*, VVDStRL 71 (2012), 49, 58 f.

[56] Wie hier ausdrücklich *Lienbacher*, VVDStRL 71 (2012), 7, 11.

[57] BVerfG NVwZ 2016, 1171, 1175.

[58] Zu den Einzelheiten vgl. die Beiträge von *Holm-Hadulla, Schaper, Täschner* und *Thomasius* (in diesem Band).

nicht ärztlich kontrollierter Selbstverabreichung – noch dazu bei den heterogenen, vor Einnahme regelmäßig nicht hinreichend erkennbaren Produktqualitäten[59] – je nach individueller Disposition statt der erhofften durchaus manifeste negative Folgen und Begleiterscheinungen nach sich ziehen und drittens der Konsument schon in der akuten und subakuten Phase (bis ca. 6 Std. nach Beginn der Einnahme) durch unkontrolliertes Verhalten im sozialen Umfeld sich und andere gefährden kann, dass viertens jedenfalls der gehäufte und noch mehr der Dauerkonsum das Risiko psychiatrischer Störungen, ggf. mit irreversiblen Schädigungen, deutlich erhöht (auch wenn es sich nicht immer verwirklicht) und schließlich fünftens gerade dieses Risiko signifikant um so höher liegt, wenn der Cannabiskonsum bereits während der Reifeentwicklung im Jugend- oder gar noch Kindesalter (unter 14 Jahren)[60] einsetzt (die Giftnotzentralen kennen sogar Fälle vergifteter Kleinkinder)[61]. Wie *Müller*[62] konstatiert, ist die schädliche Wirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung, das reifende Gehirn und die Sozialisation wissenschaftlich weitgehend akzeptiert; das umfasst nach *Klintschar*[63] auch das deutliche Anwachsen des Suizidrisikos, wenn mit dem Missbrauch bereits frühzeitig begonnen wird. Vor diesem Hintergrund gewinnen zwei Erkenntnisse zentrale Bedeutung: Zum einen zählt der Cannabis-Konsum (auch in Deutschland) zu den Verhaltensgewohnheiten des jugendlichen und nicht erst des erwachsenen Lebensalters (mit erhöhtem Risiko auch der Suchtabhängigkeit)[64], mag er dann teilweise weiter fortgesetzt werden; zum anderen sprechen alle klinischen wie epidemiologischen Befunde für die Annahme, dass gerade auch für den Einzelnen selbst Art und Umfang der ihn evtl. treffenden Schadensfolgen nicht vorhersehbar ist und erst dann erkennbar wird, wenn es schon zu spät ist.

Diese Einsicht relativiert erheblich die Berufung auf die menschenrechtliche Dignität des individuellen Selbstbestimmungsrechts: Fehlt es an einem klar erkennbaren Marker, ab welchem konkreten Punkt auf der Scala der Konsumbiographie im jeweils individuellen Fall die Schwelle zu womöglich irreversiblen oder doch jedenfalls dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen definitiv überschritten wird, kann von einer „autonomen" Lebensentscheidung unter Einschluss auch erheblicher gesundheitlicher Risiken keine Rede mehr sein. Denn dass Cannabis-Konsumenten um des erhofften Nutzens willen (der im Übrigen bislang nicht gut erforscht zu sein scheint)[65] auch bereit sein könnten, mehr als bloß kurzzeitige

[59] Zu den „Legal highs" und der rechtlichen Problematik ihrer adäquaten Erfassung u.a. *Duttge/Waschkewitz*, in: Rössner-FS 2015, S. 737 ff.

[60] Die 14-Jahresgrenze gilt im Medizinrecht generell als Orientierungsgröße und Indiz zur Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit, dazu näher z.B. *Duttge*, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, 2013, S. 77 ff.

[61] Siehe *Schaper* (in diesem Band).

[62] In diesem Band.

[63] In diesem Band.

[64] Dazu *Täschner* und *Thomasius* (in diesem Band).

[65] Vgl. *Tretter* (in diesem Band).

gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. gar dauerhafte psychiatrische Störungen und den Verlust sozialer Perspektiven (Beruf, Partnerschaft, Familie) in Kauf zu nehmen, dürfte jedenfalls bei der großen Mehrheit der Betroffenen fernliegen, soweit sie im nötigen Mindestmaß einsichts- und urteilsfähig sind. Treffend formuliert *Matthias Kaufmann*: „Wenige Menschen entscheiden sich dafür, süchtig zu werden; den meisten widerfährt dies allmählich“[66]. Zumeist dürfte daher das „Prinzip Hoffnung“ oder schlicht die kognitive Blickverengung auf den bevorstehenden Augenblick das Geschehen prägen, nicht das wohlüberlegte, zukunftsgerichtete Kalkül nach Maßgabe einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung, insbesondere bei jüngeren Konsumenten, womöglich noch bei Einnahme in ihren peer-groups[67]. Ohnehin setzen rationale Entscheidungen rationale Erwartungen voraus,[68] an denen es aber zwangsläufig fehlt, wenn suchtmedizinische und psychiatrische Informationen zu den Risiken des Cannabiskonsums für das individuelle Entscheidungsverhalten von vornherein irrelevant bleiben und innerhalb der Gesellschaft mehr noch sogar der (von Interessengruppen hervorgerufene und bestärkte) Eindruck vorherrscht, dass das Sprechen über mögliche Psychosen, Intelligenzverluste und eine Suchtabhängigkeit nur Ausdruck einer „Haschisch-Seuchen-Propaganda der Medienwelt“ und das „Ausprobieren“ von Cannabis nur mehr ein Phänomen der „Jugendkultur wie Musik oder Schuhmoden“[69] sei. Bei solchen die Sachlage kommunikativ verzerrenden Rahmenbedingungen ähnelt die Entscheidung für den Cannabiskonsum eher einem (in der Jugendarbeit beliebten) „Blindenparcours“[70] – mit verbundenen Augen im blinden Vertrauen auf den guten Ausgang, freilich ohne vertrauenspendende Hand und eher am Rande der Cliffs of Moher. Von einem „selbstbestimmten“ und „freiverantwortlichen“ Handeln, das durchaus auch das bewusste Eingehen von Risiken oder gar die Ablehnung einer ärztlichen Behandlung („Freiheit zur Krankheit“)[71] selbst bei lebensverkürzender Folge („Therapiebegrenzung am Lebensende“ bzw. „passive Sterbehilfe“) einschließt, kann gemessen am etablierten medizinrechtlichen und -ethischen Grundverständnis vom „informed consent“ schlechterdings keine Rede sein!

[66] *Kaufmann* (in diesem Band).

[67] Zur Relevanz des „setting“ für die Wirkungen von Drogen siehe *Müller* (in diesem Band).

[68] *Braun*, Rationalität und Drogenproblematik, 1992, S. 59.

[69] Originalzitate auf der Webseite des *Deutschen Hanfverbandes* zur Frage, wie Eltern mit „kiffenden Kindern“ umgehen sollen, vgl. https://hanfverband.de/inhalte/hilfe-mein-kind-kifft-hinweise-fuer-eltern-und-angehoerige-von-jugendlichen-cannabiskonsumenten. In Reaktion auf das jüngst erschienene Buch des Direktors der Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikums Linz *Kurosch Yazdi* („Die Cannabis-Lüge“) ist im „Hanfjournal“, nach Aufmachung und „Seriösität“ offensichtlich ein Propagandamedium der Cannabisbefürworter, die Rede vom „Machwerk“ eines „Doktorchen mit seinem Scheinwissen“, der mutmaßlich von „Geltungssucht“ und „Eitelkeit“ getrieben sei: https://hanfjournal.de/2017/03/27/oesterreichischer-suchtexperte-erfindet-neue-cannabis-luege/ [Zugriff am 28.7.2017].

[70] http://www.praxis-jugendarbeit.de/spielesammlung/spiele-vertrauen.html [Zugriff am 28.7.2017].

[71] BVerfG NJW 2011, 2113, 2115; NJOZ 2016, 593, 595; näher zur Problematik der ärztlichen Zwangsbehandlung von Psychiatriepatienten z.B. *Duttge*, in: Ethik in der Medizin 2016, 195 ff.

Das Selbstbestimmungsargument, zum Teil getragen von den kaum unbefangen argumentierenden[72] „Funktionären“ der Legalisierungsbewegung, vermag darüber hinaus nur dann einen beachtlichen Einwand gegen eine rechtliche Reglementierung zu begründen,[73] wenn die schadensträchtigen Risiken sich auf den Konsumenten selbst beschränken. Nach dem Grundprinzip *gleicher* Freiheit aller innerhalb der Rechtsgemeinschaft findet die befugte Selbstbestimmung des einen an der Selbstbestimmung der anderen seine Grenze. Nicht bezweifelbar sind jedoch die gesundheitsökonomischen[74] wie auch die in keiner Statistik erfassten sozial-familiären Folgeschäden (nicht zuletzt für die Entwicklung der betroffenen Kinder),[75] sofern der Cannabiskonsum nicht eine schadlos vorübergehende Episode pubertärer Neugier bleibt. Wenig bekannt, allerdings auch noch unzureichend erforscht sind die toxischen Wirkungen auf Fötus und Neugeborenes während der Schwangerschaft[76] und Stillzeit. Hohe Plausibilität kommt des Weiteren der Hypothese zu, dass eine Cannabisintoxikation die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen kaum erhöhen wird, mag auch das Ausmaß nachweisbar unfallträchtiger Auswirkungen noch unklar und der aktuelle Forschungsstand insoweit defizitär sein. Selbst wenn sich der bisherige Eindruck eines nur „moderaten Anstiegs des Verkehrsunfallrisikos“[77] erhärten sollte, ist es damit dennoch kein Nullum, was deshalb bedeutsam ist, weil das geltende Verkehrs(-straf-)recht auch bloßes – konkretes und sogar lediglich abstraktes (typisches) – Gefährdungshandeln als solches (d.h. selbst bei Ausbleiben einer Schadensfolge) mit Blick auf die *potentiell* gemeingefährlichen Folgen erfasst (vgl. §§ 315c, 316 StGB; § 24a StVG). Die bisherige Studienlage ist offenbar bislang zu einseitig erfolgsbezogen ausgerichtet und zu wenig auf das – freilich weit schwerer zu erhebende – Gefahrenhandeln (Verkehrsverstöße) bezogen.

In Bezug auf Gewalttaten herrscht in der Öffentlichkeit bislang der Eindruck vor, dass Cannabis Menschen nur mehr „friedlich“ bzw. „schläfrig“ mache und damit eher sogar eine gewaltreduzierende Wirkung habe.[78] In dieser Pauschalität ist

---

[72] Psychologen würden vom Mechanismus der „Neutralisierung“ sprechen: Die früher begangenen Regelbrüche werden als „nicht so schlimm“ bzw. „gar nicht existent“ gedeutet, wenn sich ex post herausstellt, dass das Unrecht „eigentlich“ gar nicht auf Seiten des Cannabis besitzenden, sondern des strafverfolgenden Staates gelegen hat.

[73] Weil sich dann die – bekanntlich hochstreitige – Frage nach der Legitimität paternalistischer Rechtsnormen (zum „Schutz gegen sich selbst“) stellt, dazu etwa die Beiträge in: *Anderheiden/Bürkli* u.a. (Hrsg.), Paternalismus und Recht, 2006 und in: *von Hirsch/Neumann/Seelmann* (Hrsg.), Paternalismus im Strafrecht, 2010.

[74] Vgl. dazu *Effertz/Verheyen/Linder*, Sucht 2016, 31 ff.

[75] Siehe dazu der Drogen- und Suchtbericht der *Drogenbeauftragten der Bundesregierung*, Ausgabe Juli 2017, S. 83 f.: „Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen wie z.B. Cannabis […] eine Rolle spielen, liegen in Deutschland nicht vor“.

[76] Dazu die deutliche Warnung im Positionspapier des *American College of Obstetricians and Gynecologists* vom Juli 2015, https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Marijuana-Use-During-Pregnancy-and-Lactation [Zugriff am 20.7.2017].

[77] Vgl. *Klintschar* (in diesem Band) unter Verweis auf die Druid Studie 2006.

[78] Etwa https://sensiseeds.com/de/blog/zehn-aktuelle-cannabis-studien-zum-staunen/ „Cannabis senkt das Aggressionspotential“ [Zugriff am 20.7.2017].

dies zweifelsohne schon deshalb unrichtig, weil jedenfalls die Stimmungsstörungen beim Abklingen der Cannabiswirkung und mehr noch Entzugserscheinungen mit einem erhöhten Aggressionsrisiko korrelieren. Naheliegend ist der Gedanke, dass Cannabiskonsum insbesondere von erhöht risikofreudigen Jugendlichen konsumiert wird und insoweit vielleicht weniger eine „anbahnende" Wirkung entfaltet, aber jedenfalls die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und legaler Verarbeitung der Aggressionen reduzieren dürfte. *Klintschar* berichtet vom mittlerweile empirisch beleuchteten Phänomen der „Physical dating violence", d.h. des höheren Ausmaßes an körperlicher Gewalt während eines Rendezvous unter Cannabiseinfluss.[79] Man wird den Stand der Erkenntnisse in dieser Hinsicht zweifelsohne nicht als hinreichend ansehen können, so dass eine rechtliche Regulierung allein wegen mutmaßlich „gewaltfördernden" Potentials von Cannabis evident unzureichend wäre. Ebenso wenig lässt sich jedoch pauschal annehmen, dass ein dahingehender Zusammenhang auszuschließen und die entsprechende Sorge widerlegt sei. Vielmehr dürfte auch hier gelten: Differenzierung tut not! Zuletzt mehren sich die Berichte über gewalttätiges Verhalten von Patienten in den Notfallaufnahmen deutscher Krankenhäuser: Als bedeutsamste Einflussfaktoren hierfür gelten die allgemeine Frustration über lange Wartezeiten und ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten, die unter Alkohol- und Drogeneinfluss stehen – häufig in Kombination.[80]

Die allgemeine Einsicht in diese Selbst- und Fremdrisiken des Cannabis-Konsums bei Teilnahme am sozialen Verkehr wird durch die verbreitete Verharmlosung der negativen Potentiale und zum Teil unverblümt werbenden Anpreisungen (in jugendtypischer Sprache) weitreichend unterlaufen. Auf manchen Webseiten finden sich geradezu abenteuerliche, verantwortungslose (verkürzende) Behauptungen wie jene, dass Jugendliche „starkes Cannabis besser vertragen als Erwachsene"[81] und auch in der Schwangerschaft „kein extremer Schaden" zu erwarten sei, „wenn die Mutter hin und wieder an einem Joint zieht"[82]. An anderer Stelle ist die Rede von „19 wissenschaftlichen Gründen, warum Sie mehr kiffen sollten"[83], darunter werden auch solche genannt, von denen man annehmen darf, dass sie für eine beachtliche Leserschaft wirksame Anreize setzen: „erhöht die Kreativität" und „Wahrnehmungsintensität", „macht schlank", „lässt das Gehirn wachsen", ist „nicht gefährlicher als Sex", „führt zu einem Rückgang an Verkehrsunfällen" usw. Zu letzterem ist eine aktuelle Studie unlängst zu dem Ergebnis gelangt, dass die Strafbarkeit als solche und ein dahingehender Hinweis geringere Effekte habe als der Hinweis und das Wissen, dass das Fahren unter Marihuana

[79] *Klintschar* (in diesem Band).

[80] Siehe den Bericht von *Marx*, Angriff auf die Ärzte, FAZ v. 22./23.7.2017, S. C1.

[81] https://sensiseeds.com/de/blog/zehn-aktuelle-cannabis-studien-zum-staunen/ [Zugriff am 20.7.2017].

[82] http://www.hanf-magazin.com/medizin/cannabis-in-der-schwangerschaft/ [Zugriff am 20.7.2017].

[83] http://www.huffingtonpost.de/2015/02/16/cannabis-gruende-kiffen_n_6691112.html [Zugriff am 20.7.2017].

gefährlicher ist als ohne.[84] Das verweist auf den hochbedeutsamen Umstand, dass rechtliche Verbote und Zwangsandrohungen ungeachtet ihres normativen Geltungsanspruchs („Du sollst…!")[85] allein das Sozialverhalten nicht hinreichend beeinflussen können, sofern und solange die Gründe hierfür nicht einsichtig sind. Daraus folgt aber nicht etwa die populäre These von der mangelnden Effizienz oder gar kontraproduktiven Wirkung der Verbotsregelung („Reiz des Verbotenen")[86], sondern denklogisch allein die Erkenntnis, dass sich eine effektive Gesetzgebung nicht auf den Erlass von Verboten beschränken darf, sondern auch die sie tragenden Gründe einsichtig machen muss. In diesem Lichte bilden die einseitig verharmlosenden Darstellungen der interessierten Kreise also auf verdeckte Weise ein wirksames Mittel, um das erwünschte Ergebnis – die mangelnde Wirksamkeit der Verbotsregelung – selbst mit herbeizuführen („framing")[87]. Denn wenn wissenschaftlichen Laien und häufig genug noch jugendlichen Lesern gleichsam überlassen bleibt, sich im irritierenden Dickicht widersprechender Botschaften selbst assoziativ für eine positive oder negative Deutung der Cannabiswirkungen zu entscheiden, dann kann es kaum überraschen, wenn jugendliche Neugier und Gruppeneffekte („herding")[88] bei entsprechender situativer Gelegenheit im Zweifel die Risiken verdrängen lassen. Schließlich steuert die Wahrnehmung bzw. Nichtwahrnehmung von Risiken nachhaltig das Risikoverhalten.[89]

Seriöse Aufklärung, die weit mehr erfordert als das selektive Präsentieren einzelner „Studien" (unabhängig von deren Repräsentativität und Validität[90]) ohne Einbeziehung und sachkundige Bewertung der gesamten Studienlage, ist daher ein notwendiges, aber angesichts der Neugier- und Anreizeffekte von Rauschgiften aller Erfahrung nach kaum hinreichendes Mittel der Prävention. Sozialintegratives Erlernen von Normen kommt nach hinlänglich gefestigter Erfahrung von Entwicklungspsychologie und Kriminologie nicht ohne – äußerstenfalls auch zwangsweiser – Verdeutlichung ihrer tatsächlichen Geltung aus. Familie, Schule, Sport und vor allem (die „richtigen") Freunde sind sicherlich weit wirksamere Institutionen der (informellen) Sozialkontrolle als rechtliche Regeln (vor allem dann, wenn diese nicht hinreichend durchgesetzt werden). Doch ist für Normenlernen stets

---

[84] Dazu *Müller* (in diesem Band), unter Verweis auf *Davis/Allen/Duke et al.,* PLoS One, 2016 (22), 11(1):e0146853.

[85] Zu den verschiedenen Geltungsbegriffen z.B. *Ryffel* (Fn. 35), S. 371 ff.

[86] https://www.zeitjung.de/marihuana-legalisierung-cannabis-drogen/ [Zugriff am 20.7.2017].

[87] Framing meint, dass die Präsentation und soziale „Einrahmung" die handlungsrelevante Deutung eines Geschehens oder einer Tatsache verschiebt, dazu grdl. *Kahneman/Tversky*, in: American Psychologist 39 (1984), 341 ff.; siehe auch z.B. *Stocké*, Framing und Rationalität, 2002.

[88] Dt. „Herdentrieb", zur Psychologie statt vieler nur *Baddely*, in: Philosophical Transactions of the Royal Society 2010, 281 ff.; *Raafat/Chater/Frith*, Herding in humans, in: Trends in Cognitive Science 13 (2009), 420 ff.

[89] Für den hiesigen Kontext z.B. *Ullrich-Kleinmanns/Jungaberle/Verres*, in: Suchttherapie 2008, 12 ff.: „Personen mit hoher persönlicher Risikowahrnehmung konsumierten seltener Alkohol und Cannabis".

[90] D.h. die Gültigkeit der aus der Studie abgeleiteten Schlussfolgerungen nach Maßgabe des Untersuchungsdesigns.

unabdingbar, dass die Regeln „als äußere Ordnung sichtbar" gemacht sind, und dafür kommt der Sanktionierung erhebliche Bedeutung zu – in den Worten des Marburger Kriminologen *Rössner*: „Die konsequente Sanktion konstituiert nicht nur die äußere Ordnung, sondern wirkt individuell im Prozess des Normenlernens. Nach neuen Erkenntnissen (…) sind drei Faktoren für die Entwicklung der Selbstkontrolle entscheidend: Das Verhalten wird grundsätzlich kontrolliert, es wird erkannt und thematisiert sowie integrierend sanktioniert."[91] Handelt es sich um ahndungswürdiges sozialwidriges Verhalten, so bildet das Strafrecht einen herausgehoben bedeutsamen Teil der formalen Sozialkontrolle, auf den insbesondere dann nicht verzichtet werden kann, wenn die sozialintegrative Wirksamkeit außerrechtlicher (konventionaler) Normen[92] nachlässt und die Grenze zwischen Recht und Unrecht zunehmend verschwimmt. Dem Strafrecht kommt dann nicht zuletzt auch präventive Bedeutung zu, weil es die geltenden Grenzziehungen gerade dort unterstützt, wo sie nicht mehr von einer fraglosen Einsicht aller Normadressaten getragen sind. Sofern und soweit also materiell (erheblich) sozialwidriges Verhalten[93] in Frage steht, veranlasst eine nachlassende Akzeptanz und Ausbreitung „rechtsfreier Räume" gerade nicht zu nachgiebiger Milde oder gar „Kapitulation" vor der Faktizität, sondern umgekehrt zur Betonung der wertegebundenen Orientierung, ggf. unter Inanspruchnahme rechtlichen Zwangs (wie dies zuletzt etwa auch zur „Bekämpfung der Korruption" als einem Bereich ebenfalls geleugneter Sozialschädlichkeit erfolgreich ins Werk gesetzt wurde). Die präventive Kraft des Rechts liegt dabei nicht etwa in der Härte der Sanktion (die ohnehin nicht unverhältnismäßig sein darf), sondern in der Erhöhung der Verfolgungsintensität und Entdeckungswahrscheinlichkeit.[94]

Mit dieser Anbindung an eine Sozialschädlichkeit erweist sich die Nicht-Pönalisierung des reinen Konsums durch das geltende Recht (vgl. § 29 Abs. 1 Nr. 1 BtMG) geradezu als zwingend geboten: Denn insoweit erschöpft sich die Schadensdimension in der Möglichkeit, sich selbst (mehr oder weniger schwerwiegend) zu schädigen, was jedenfalls direkt-paternalistische Verhaltensge- und -verbote[95] mit erheblichen legitimatorischen Zweifeln belastet. Wenn selbst der gezielte (versuchte) Suizid kein Thema des Strafrechts, sondern allein Grund für Hilfe und Unterstützung ist (arg. §§ 212, 323c StGB)[96] und auch die neue Strafvorschrift der

[91] *Rössner*, in: Kerner-FS 2013, S. 457, 463.

[92] Zur Typologie der „Sollensordnungen" (Recht, Moral, Religion, soziale Konvention, Sitte, Takt, Mode) siehe etwa *Mayer-Maly*, Rechtsphilosophie, 2001, S. 15 ff.

[93] Zu dieser Ausgangsprämisse für jedwede Kriminalisierung menschlichen Verhaltens statt vieler nur *Duttge*, in: Hilgendorf/Joerden (Hrsg.), Handbuch Rechtsphilosophie, 2017, S. 43; ausf. zu diesem „materiellen Verbrechensbegriff" *Roxin*, Strafrecht Allgemeiner Teil, 4. Aufl. 2006, § 2 Rn. 1 ff.

[94] Wie hier bereits *Rössner*, in: Kerner-FS 2013, S. 457, 466.

[95] Zur Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Paternalismus z.B. *Kleinig*, Paternalism, 1983, S. 11.

[96] Die gegenteilige Rspr. des BGH, wonach „die Rechtsordnung eine Selbsttötung … – von äußersten Ausnahmefällen abgesehen – als rechtswidrig" bewerte und stellt diese „lediglich straflos" stelle (BGHSt 46, 279, 285), wird inzwischen von der Strafrechtswissenschaft einhellig, aber auch von den

„geschäftsmäßigen Förderung von Selbsttötungen“ (§ 217 StGB) das Anstiftungsverhalten des Sterbewilligen ausnimmt,[97] dann kann erst recht eine Selbstschädigung unterhalb der Schwelle zur zielgerichteten Lebensbeendigung nach Maßgabe wertebezogener Kohärenz keine Straftat begründen, unabhängig davon, ob der sich selbst Gefährdende freiverantwortlich oder im Zustand mangelnder Autonomiebefähigung handelt: Ersterenfalls widerstreitet einer Unrechtsbehauptung das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, letzterenfalls fehlt es an einer eigenverantwortlich ins Werk gesetzten (Unrechts-)Tat. Dieser strafrechtsfreie Bereich des sozialirrelevanten Konsums (als solchem) beansprucht um so mehr Beachtung, wenn die Einnahme Cannabishaltiger Produkte dazu dient, ein krankheitsbedingtes Leiden zu mildern, was nach gesicherter juristischer Erkenntnis sogar die Inkaufnahme lebensverkürzender Wirkungen – soweit unvermeidlich und nur mögliche, nicht aber sichere Folge – gestattet (sog. „indirekte Sterbehilfe“)[98]. Ob es freilich ausreicht, zur Abwehr missbräuchlicher Beschaffung von Cannabis Produktformen und Höchstmenge zu limitieren (vgl. § 31 Abs. 6 S. 1 SGB V, § 2 Abs. 1 lit.a Nrn. 2a, b BtMVV) und ansonsten auf eine „strikte Indikationsstellung“[99] durch den jeweiligen behandelnden Arzt ohne ansatzweise erkennbare Evidenz zu möglichen Indikationsbereichen[100] zu vertrauen, wird man in Zeiten zunehmender Infragestellung der medizinischen Indikation als autonomen Bereich ärztlicher Professionalität zugunsten einer „Wunschmedizin“[101] jedenfalls mit einem Fragezeichen versehen müssen.

Insoweit, d.h. bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung und Innehabung von getrockneten Cannabisblüten etc. zu therapeutischen Zwecken – erfährt die bisher ausnahmslose Pönalisierung des bloßen Besitzes von Betäubungsmitteln (§ 29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG) qua systematischer Auslegung eine Einschränkung. Aber auch jenseits dessen wirft die Strafbarkeit schon der faktischen Sachherrschaft (mit Besitzwillen)[102] aus strafrechtsdogmatischen wie kriminalpolitischen Gründen erhebliche Bedenken auf: Kriminalpolitisch werden auf diese Weise alle Konsumenten flächendeckend mit strafrechtlichen Ermittlungsverfahren bedroht, wenn sie das erlangte Cannabis nicht sofort vollständig konsumieren (was im Übrigen wegen der

---

tatgerichtlichen Instanzen der Justiz abgelehnt, dazu statt vieler nur *Duttge*, NStZ 2001, 546 ff.; *Sternberg-Lieben*, JZ 2002, 150 ff.

[97] So ausdrücklich BT-Drucks. 18/5373, S. 20; BVerfG NJW 2016, 558, 559: „notwendige Teilnahme“.

[98] Vgl. BGHSt 46, 279, 284: „nahezu einhelliger Grundkonsens“; zur rechtlichen Begründungsproblematik im Überblick *Duttge*, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 4. Aufl. 2016, §§ 211, 212 StGB Rn. 12 ff. (m.w.N.).

[99] BT-Drucks. 18/895, S. 13.

[100] Siehe etwa *Müller-Vahl/Grotenhermen*, in: Deutsches Ärzteblatt 114 (2007), A-352 ff.: „…bis heute unbekannt ist, bei welchen Erkrankungen oder Symptomen Cannabis indiziert ist“.

[101] Zur Problematik allgemein die Beiträge im Band: *Dörries/Lipp* (Hrsg.), Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven – Grundlagen und Praxis, 2015; insbesondere zum Bereich der Palliativmedizin: *Alt-Epping/Nauck*, in: Ethik in der Medizin 2012, 12 ff.

[102] Vgl. *Duttge/Waschkewitz*, in: Dölling/Duttge/König/Rössner (Hrsg.), Gesamtes Strafrecht. Handkommentar, 4. Aufl. 2017, Vor §§ 211 ff. StGB Rn 108 m.w.N.

Erwerbs- und Sichverschaffens-Variante des § 29 Abs. 1 Nr. 1 BtMG dennoch nicht vom Tatverdacht und einer damit verbundenen Stigmatisierung befreit); die folgenlose Einstellung nach § 31a BtMG hängt überdies von jener nicht willkürfreien landesspezifischen Festsetzung der „geringen Eigenverbrauchs"-Grenze ab. Strafrechtsdogmatisch unterfällt die Strafbarkeit jedweden Besitzes insofern einem Wertungswiderspruch, als der damit ebenso erfasste Besitz ausschließlich zum Eigenkonsum einen nochmalig vorverlagerten Anknüpfungspunkt im Verhältnis zum Konsum darstellt und dennoch – anders als dieser – strafwürdiges Unrecht begründen soll. Davon abgesehen mag es für die Strafverfolgungsbehörden „praktikabel" sein, auf Basis einer unwiderlegbaren Vermutung (eines Weitergabe*verdachts* und damit einer Dealertätigkeit)[103] Beweisschwierigkeiten hinsichtlich der jeweiligen Verwendungsabsicht nicht besorgen zu müssen; der betroffene Konsument sieht sich bei einer solchen Rechtslage jedoch schon für einen bloßen – im konkreten Fall u.U. unbegründeten – Unrechtsverdacht kriminalisiert.[104] Dabei wäre es im Lichte der Unschuldsvermutung aus Art. 6 Abs. 2 EMRK doch Sache der strafverfolgenden Hoheitsgewalt, dem Beschuldigten ein sozialschädliches Handeln nachzuweisen und ihm nicht auch noch die Möglichkeit eines Gegenbeweises abzuschneiden. Eine angemessene Grenzziehung, die aus rechtsprinzipiellen Gründen bereits im materiellen Recht zu erfolgen hätte, müsste daher den Besitz, aber ebenso den Erwerb, das Sichverschaffen und den Anbau allein zum Zwecke des Eigenkonsums aus dem strafbaren Bereich ausnehmen; das schlösse selbstredend nicht aus, je nach konkreter Situation naheliegende Schutzbehauptungen im Strafverfahren zurückzuweisen. Dass aus den äußeren Indizien auf das Vorliegen einer deliktischen Absicht geschlossen werden müsste, wäre im Strafrecht kein Novum.

Anders liegt es hingegen, wenn sich das Geschehen nicht im Konsum von Cannabis erschöpft, sondern unter Cannabiseinfluss ein Fahrzeug im öffentlichen Straßenverkehr geführt wird: Wer infolgedessen nicht mehr über die nötige Eignung zum Beherrschen der gesteigerten Risiken im modernen Straßenverkehr verfügt, verhält sich ebenso „gemeingefährlich" wie ein alkoholisierter Fahrzeugführer. Dem Grunde nach kann also mitnichten von einer „Bestrafung" des selbstverantwortlichen Konsums „durch die Hintertüre" und Verhängung einer „Ersatzstrafe" gesprochen werden.[105] Denn niemand wird zu solcherart verantwortungslosem Handeln gezwungen, und jeder kann dem fremdgefährdenden Zusammentreffen beider Risikofaktoren vorbeugen. Streiten lässt sich allein über Höhe und generelle (einzelfall- und personenunabhängige) Aussagekraft des „analytischen Grenz-

[103] Siehe z.B. *Eckstein*, ZStW 117 (2005), 107, 111 f.; *Schroeder*, ZIS 2007, 444, 445.

[104] Deshalb sieht *Lagodny* (Strafrecht vor den Schranken der Grundrechte, 1996, S. 327 f.) Strafnormen, deren alleiniger Zweck die Schaffung einer Beweiserleichterung ist, als verfassungswidrig an.

[105] https://sensiseeds.com/de/blog/fuehrerscheinentzug-als-ersatzstrafe-fuer-cannabis-konsumenten/[Zugriff am 20.7.2017].

werts“[106] (auch sog. „Risikogrenzwert“), der allerdings von einer sachverständig besetzten „Grenzwertkommission“ festgelegt wurde,[107] und über die konkreten Anforderungen zur Feststellung mangelnder Fahreignung (im Tatzeitpunkt), ebenso wie über die praktische Handhabung der Verpflichtung zur Teilnahme an einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (vgl. §§ 11, 14 FeV). Hier lassen sich Rechtsprechung[108] und behördliche Verwaltungspraxis in ihrer erkennbar schematischen, vom konkreten Tatgeschehen unbeirrten Anwendungspraxis durchaus kritisieren. Erinnert sei an die bundesverfassungsgerichtliche Feststellung, dass die einmalige Feststellung eines Eigenkonsums keineswegs schon per se auf das ständige Vorhandensein fahreignungsrelevanter körperlich-geistiger Leistungsdefizite schließen lässt.[109]

In ihren aktualisierten Empfehlungen hat die „Grenzwertkommission“ bekundet, dass das Vermögen zur Trennung zwischen (gelegentlichem) Cannabiskonsum und Fahrtantritt als Voraussetzung für die Fahreignung (Ziff. 9.2.2. der Anlage 4 zur FeV) erst ab 3ng THC/ml Blut sicher entfalle,[110] so dass der bisher auch insoweit (und nicht nur für die Feststellung einer Ordnungswidrigkeit nach § 24a StVG) zugrunde gelegte Grenzwert von 1ng THC/ml Blut nicht mehr automatisch eine fehlende Fahreignung begründen kann. Wenn die seither ergangene Rechtsprechung jedoch meint, diese differenzierende gutachterliche Sichtweise ergebnisorientiert umdeuten und auf dieser Basis die bisherige Spruchpraxis unverändert fortsetzen zu können,[111] zeugt auch dies nicht von einer rationalen, unvoreingenommenen Haltung. Nach einem unlängst ergangenen Urteil des VGH München kommt eine Entziehung der Fahrerlaubnis (vgl. § 46 FeV) ohne vorherige gutachterliche Prüfung nicht mehr in Betracht.[112] Dies erweist, dass sich jede juristische Anwendungsregel mit guten Gründen hinterfragen lässt, so natürlich auch der analytische Grenzwert, sofern wissenschaftliche Expertise angeführt werden kann, welche die bisherige Annahme zweifelhaft erscheinen lässt; die behauptete Unangemessenheit ergibt sich aber nicht etwa schon daraus, dass ausländische Rechtsordnungen zu einer anderen Einschätzung gelangt sind:[113] Entscheidend ist

---

106 D.h. jener Wert, der angibt, ab welcher Konzentration ein sicherer Nachweis und eine exakte Quantifizierung von THC bei Anwendung der Richtlinien der Gesellschaft für toxikologische und forensische Chemie möglich sind.

107 Siehe: Blutalkohol 2007, 311; bestätigt in: Blutalkohol 2015, 322, 323.

108 Zuletzt BGH, Beschluss vom 14.2.2017 –4 StR 422/15 zum Fahrlässigkeitsvorwurf nach § 24a Abs. 3 StVG.

109 BVerfG NJW 20202, 2378.

110 Blutalkohol 2015, 322 f.

111 Vgl. OVG Lüneburg, Beschluss v. 28.11.2016 – 12 ME 180/16: „Auf eine Einzelfallbeurteilung … kommt es nicht an; ebenso VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 22.7.2016 – 10 S 738/16; OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.6.2016 – OVG 1 B 37.14; OVG Münster, Beschluss v. 23.2.2016 – 16 B 45/16; VG Gelsenkirchen, Urteil v. 20.1.2016 – 9 K 1253/15.

112 Urteil v. 25.4.2017, Az. 11 BV 17.33; abw. dagegen OLG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.6.2017 – OVG 1 S 27.17; OVG Lüneburg, Beschluss v. 7.4.2017 – 12 ME 49.17.

113 So aber https://sensiseeds.com/de/blog/fuehrerscheinentzug-als-ersatzstrafe-fuer-cannabis-konsumenten/ [Zugriff am 20.7.2017].

allein die seriöse fachliche (und juristische) Beurteilung und nicht eine Art „Günstigkeitsprinzip“ aus Konsumentenperspektive. Um der allgemeinen Verkehrssicherheit willen wäre es dem Gesetzgeber nicht untersagt, eine generelle „Null-Toleranz“-Grenze für jedwedes berauschende Mittel zur Voraussetzung zu erheben und Verstöße hiergegen als Ordnungswidrigkeit zu sanktionieren.

Mit diesem Seitenblick auch auf das Alkoholproblem[114] ist zugleich ein letztes, zentrales Argument der aktuellen Cannabisdebatte angesprochen, das sich rechtspolitisch in zweierlei Gestalt manifestiert: Entweder soll der generelle Ausschluss von Alkohol aus dem BtMG aus Gründen des „Gleichheitsprinzips“ eine gänzliche „Freigabe“ jedweden Umgangs mit Cannabis zwingend zur Folge haben, oder aber es wird einschränkend nach dem Vorbild der Jugendschutzvorschriften (vgl. § 9 JuSchG) eine kontrollierte Abgabe vorgeschlagen. Letzteres war insbesondere zentraler Gegenstand des von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen entworfenen „Cannabiskontrollgesetzes“[115], das sich für die Schaffung eines „legalen kontrollierten Marktes“ mit strafbewehrtem Verbot der Abgabe an Minderjährigen und weiteren Regelungen zur Prävention (insbesondere Abstandsgebot der „Cannabisfachgeschäfte“ zu Schulen u.a.m.) aussprach. Die Überzeugungskraft derartiger Vorschläge steht und fällt mit der Frage, ob das Zugangshindernis für Kinder und Jugendliche auch in der Praxis effektiv gewährleistet werden kann; denn Verbotsregelung und Strafbewehrung (vgl. § 42 Abs. 1 Nr. 1 CannKG-E) garantieren das als „law in books“ mitnichten. Es ist daher ein auffälliger Selbstwiderspruch, wenn die Entwurfsverfasser beredt (und ohne empirischen Beleg) ein „vollständiges Scheitern der Prohibitionspolitik“ zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen nehmen,[116] die dann aber selbst dezidiert auf verfahrensrechtliches Sollen und seine angeblich selbstverständliche Beachtung abheben. Denn es versteht sich keineswegs von selbst, dass die Strafverfolgungspraxis auf Grundlage des Abgabeverbots (§ 4 CannKG-E) ggf. vielfach Ermittlungsverfahren gegen Eltern[117], Familienangehörige, strafmündige Freunde usw. sehen wird. Käme es anders, hätte dies im Übrigen – ein weiteres populäres Argument[118] – gerade keine Einsparung der Ressourcen bei Polizei und Justiz zur Folge. Vor allem aber erscheint es nach den Erfahrungen mit dem verbreiteten Alkoholmissbrauch von Jugendlichen – hier

[114] Nach den jüngsten Erhebungen wurde in Deutschland zuletzt durchschnittlich 11,4 l Alkohol pro Kopf verkonsumiert; damit liegt Deutschland weltweit auf Platz 23 von 194 Ländern (Deutsches Ärzteblatt v. 17.5.2017).

[115] BT-Drucks. 18/4204.

[116] BT-Drucks. 18/4204, S. 1, 41: „kriminalpolitisch erfolglos“.

[117] Euphemistisch und erstaunlich repressiv dazu die Gesetzesbegründung: „Gleichzeitig unterstützt diese Jugendschutzvorschrift Eltern bei der verantwortungsvollen Erziehung ihrer Kinder“ (BT-Drucks. 18/4204, S. 49).

[118] Z.B. https://julis-nrw.de/2017/01/21/warum-wir-fuer-die-legalisierung-von-cannabis-eintreten/; http://www.hanf-magazin.com/politik/deutschland/die-justiz-durch-sinnvollere-gesetzgebung-ent lasten/ [Zugriffe am 20.7.2017].

wäre die Rede von einem „Scheitern“ angebracht[119] – geradezu blauäugig anzunehmen, dass eine Weitergabe von Cannabis durch selbst Zugangsberechtigte jemals effektiv unterbunden werden könnte. Dass es in Bezug auf die für Kinder innerhalb von Suchtfamilien bestehenden Entwicklungsrisiken[120] von vornherein keine „Kontrolle“ gibt, bildet im Übrigen bislang einen blinden Fleck der aktuellen rechtspolitischen Debatte.

Es kommt hinzu, dass einer „Freigabe“ ab dem 18. Lebensjahr auch eine gesamtgesellschaftliche „Botschaft“ inhärent wäre, die nicht aufklärend, sondern täuschend wirkte: Denn es würde damit irreführend die Harmlosigkeit des Cannabiskonsums mit Erreichen eines fixen Zeitpunktes kommuniziert, von dem allgemein bekannt ist, dass die körperliche wie psychische Entwicklung hier noch keineswegs abgeschlossen ist. Deshalb ist das Selbst- und mehr noch das Fremdgefährdungsrisiko ein Faktor, der im Vergleich zwischen Jugendlichen und „Erwachsenen“ zwar graduelle Abweichungen kennt, aber keine qualitative Zäsur erlaubt – von der „Not der Grenze“ ganz abgesehen. Wenn gesamtgesellschaftlich signalisiert würde, dass lediglich Jugendlichen der Zugang zu Cannabis versperrt ist, würde dies den Trend zur Verharmlosung verstärken und einen neuen falschen Anreiz zur Umgehung des Verbots aus „Gleichheitsgründen“ – jetzt nur im Verhältnis der verschiedenen Altersgruppen zwischen Teenager/Jugendlichen und jungen Volljährigen – setzen. Cannabis würde noch mehr zu einem Symbol des „Erwachsenseins“ – wie Zigarette, Auto und anderes mehr. Und den jungen wie weniger jungen Erwachsenen nähme dies vernunftwidrig jedweden Gewissenszweifel hinsichtlich ihrer Sucht nach der Devise, dass doch nicht schädlich sein kann, was frei zugänglich ist. Im Kern ist es aber weder gesamtgesellschaftlich noch für den Einzelnen wünschens*wert*, sich dem rauschgiftbedingten Risikospektrum überhaupt auszusetzen.

Die selbstredend ins Auge springende abweichende rechtliche Situation beim Alkoholkonsum wird man also im Lichte der praktischen Vernunft beim besten Willen nicht als hinreichend zugunsten einer Freigabe aller anderen Drogen[121] ansehen können, weil es angesichts der alkoholbedingten Schadensrisiken – deren Vergleichbarkeit mit den Risiken von Cannabis einmal unterstellt – an der erforderlichen „Vernünftigkeit der Systementscheidung“[122] fehlt: Ist doch auch bei Alkoholprodukten – jedenfalls bei den „höherprozentigen“ – der selbst- wie fremdschädigende Gebrauch nicht wünschenswert. Hier mag man nun darüber spekulieren, ob beim Alkohol die Risikobeherrschung im Rahmen des sozialüblichen „gemäßigten Konsums“ bei der Mehrheit der Erwachsenen funktioniert und inwieweit

[119] 26,2 % der 16- bis 17-Jährigen konsumieren regelmäßig Alkohol, davon 10 % in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß, dazu näher *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.*, Alkohol und Jugendliche, Stand: Juni 2016, S. 2 f.

[120] Bereits o. Fn. 75.

[121] Warum sollte allein Cannabis in die Gleichbehandlung einbezogen werden und jede andere Droge aus Gründen des „Selbstbestimmungsrechts“ gleichheitswidrig ausgespart bleiben?

[122] Siehe o. bei Fn. 55.

dies ein überzeugendes Argument für die unterschiedliche rechtliche Bewertung sein könnte. Die eigentliche Wahrheit dürfte jedoch eher darin zu sehen sein, dass der – begrenzte – Alkoholkonsum als selbstverständlicher Bestandteil unserer gesellschaftlichen Kultur (i.w.S.)[123] anerkannt ist, der Konsum von Cannabis aber bislang – noch – nicht. Hier trifft also die Durchsetzungsmacht des Rechts unweigerlich an ihre Grenzen, weil das Recht als „wertbezogene Wirklichkeit" selbst eine „Kulturerscheinung"[124], d.h. Ausdruck der vorherrschenden gesellschaftlichen Kultur ist und sich in seinen Setzungen ohne Gefährdung seiner Akzeptanz nicht allzu weit vom gesamtgesellschaftlichen „Konsens" entfernen kann. Die rechtliche Toleranz des verbreiteten Alkoholkonsums trägt daher keinen positiven Wertbezug in sich, der im Lichte des Gleichheitsprinzips dann auch für andere – vergleichbare – Rauschmittel „Richtigkeit" beanspruchte, sondern ist nichts weiter als eine Kapitulation der rechtlichen Vernunft gegenüber den Schwächen des Menschen. Eine solche eignet sich jedoch nicht als Leitbild für eine rationale, nach Sachrichtigkeit strebenden Normgebung, sondern muss bis auf Weiteres als Signum notgedrungener Unvollkommenheit des Rechts hingenommen werden.

IV. Ausblick

Nach *Hegels* berühmtem Aphorismus ist die „Vernunft ohne Verstand nichts, der Verstand doch etwas ohne Vernunft […]"[125]. Die diskurstheoretische Rekonstruktion der „Vernunft" in der gesellschaftlichen Moderne hat diese zu einer „Vernunft der Verständigung" und den „Verstand" zu einer „systemischen Reflexion des Vergleichs" fortentwickelt.[126] Die Rationalität des Vergleichs ist freilich eine in ihrem Fokus begrenzte, zumeist instrumentelle, die sich für das gewünschte Ergebnis das passende Vorfindliche aussucht und daran das Argument der Folgerichtigkeit anknüpft („Wer A sagt…"). Die „kommunikative Rationalität" meint hingegen eine „Disposition sprach- und handlungsfähiger Subjekte" von gänzlich anderer Art, mit der diese ihre Behauptungen fern von hier und heute Gegebenem „unter Diskursbedingungen (Chancengleichheit, Gewaltlosigkeit, Aufrichtigkeit) durch Normen und Werte geleitet und auf Verständigung und Vernünftigkeit gerichtet begründen können"[127]. Die Pointe besteht darin, dass die gesuchte „Rich-

---

[123] Kultur" im Sinne von „Beständen sinnstiftender Bedeutungen … und von Baukästen der Gewohnheiten, Fertigkeiten und Stile, die geteilt, externalisiert und in soziale Reproduktion verbreitet werden" (*Hörnle*, Kultur, Religion, Strafrecht – neue Herausforderungen in einer pluralistischen Gesellschaft, Gutachten C zum 70. Deutschen Juristentag, 2014, C 13 m.w.N.).

[124] Klassiker: *Radbruch*, Rechtsphilosophie, 3. Aufl. 1932, S. 25; aus neuerer Zeit z.B. *Hofmann*, Recht und Kultur, 2009; *Losch*, Kulturfaktor Recht. Grundwerte – Leitbilder – Normen, 2006; *Mankowski*, Rechtskultur, 2016.

[125] *Hegel*, Werke (Hrsg.: Eva Moldenhauer und Karl Markus Michel), Bd. 2, 1970, S. 551.

[126] *Brunkhorst*, in: ders./Kreide/Lafont (Hrsg.), Habermas-Handbuch, 2009, S. 367.

[127] *Habermas*, Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung, 1995, S. 44 f.

tigkeit“ nicht im einzelnen Verstand, sondern als Resultat der intersubjektiven Verständigung zu finden ist. Diese wird jedoch erst möglich, wenn Diskursteilnehmer zusammenkommen, die fern von eigenen Interessen und ergebnisgeleiteten Vorstellungen an einem Gesamtbauwerk aller denkbaren Argumente und guten Gründe arbeiten und sich nicht von einem naiven Fortschrittsglauben[128] blenden lassen. Die Evolution von Recht und Gesellschaft meint schließlich nicht jedwede beliebige Veränderung je nach den zufällig herrschenden „Irrungen und Wirrungen des Zeitgeistes“[129], sondern vielmehr eine Veränderung *zum Besseren hin*.

Nach alledem, was die vorstehenden Erwägungen an Kritik oder Bestätigung zu den zentralen Argumenten im Cannabisstreit zutage gefördert haben, spricht alles für eine grundsätzliche Beibehaltung des geltenden Rechts (mit einzelnen punktuellen Korrekturen) und nichts für eine generelle oder auch nur begrenzte Freigabe des Umgangs mit Cannabis. Diese Präferenz zugunsten einer Politik der Vorsicht, der Zurückhaltung und Wertschätzung der Gesundheit und gegen das gesamtgesellschaftliche Experiment des freien Zugangs zur Droge Cannabis entspricht ausweislich des jüngsten, vom *John-Stuart-Mill-Institut* herausgegebenen „Freiheitsindex Deutschland 2016“ auch der gegenwärtigen Haltung innerhalb unserer zunehmend von Entfremdung[130] geprägten Gesellschaft,[131] die den Cannabis-Befürwortern eigentlich zu denken geben sollte, in wessen Namen sie ihr Anliegen verfolgen. Dass die bisherige „Doppelstrategie“[132] von repressiv-warnender Normverdeutlichung gegenüber der Allgemeinheit („Androhungsgeneralprävention“)[133] und gleichzeitiger Milde gegenüber den Schwachen (§ 35 BtMG: „Therapie statt Strafe“) ohne Erfolg gewesen sei, kann angesichts jenes Anteils an Jugendlichen und Jungerwachsenen, die kein Cannabis konsumieren, nicht überzeugend behauptet werden; im internationalen Vergleich liegen die Konsumentenzahlen keineswegs im Spitzenfeld.[134] Nachholbedarf besteht hingegen zweifelsohne im Bereich der präventiven Aufklärung in Schule, modernen Medien und bei der Gesundheitsversorgung von Kindern (gegenüber den Sorgeberechtigten)[135] auf Grundlage seriöser, wissenschaftlich fundierter Fakten: Die kommunikative Rationalität, die bewusst auf einen vorab gesetzten „Meisterstandpunkt“[136] verzichtet

[128] Zum illusionären bzw. manipulativen Dimension des Fortschritts-Begriffs näher *Duttge*, in: Schweighofer/Liebwald/Augeneder/Menzel (Fn. 42), S. 546 ff.; *Wuketits*, in: Aufklärung und Kritik 2/1995, S. 39 ff.

[129] *Würtenberger*, Zeitgeist und Recht, 2. Aufl. 1991, S. 17.

[130] Im soziologischen Sinne gemeint: Vertiefend z.B. *Rosa*, Kritik der Zeitverhältnisse. Beschleunigung und Entfremdung als Schlüsselbegriffe der Zeitkritik, in: Jaeggi/Wesche (Hrsg.), Was ist Kritik?, 2009, S. 23 ff.

[131] http://www.mill-institut.de/praesenz/publikationen/freiheitsindex-2016/ [Zugriff am 20.7.2017]; s. auch den Bericht in S.Z. v. 27.9.2016.

[132] *Schwind*, Kriminologie und Kriminalpolitik, 23. Aufl. 2016, § 27 Rn. 61.

[133] *Baumann/Weber/Mitsch/Eisele*, Strafrecht Allgemeiner Teil, 12. Aufl. 2016, § 2 Rn. 21.

[134] Dazu näher *Thomasius* (in diesem Band).

[135] Zu den Entwicklungsrisiken von Kindern bereits o. Fn. 75 und 120.

[136] *Kunz*, Die wissenschaftliche Zugänglichkeit von Kriminalität. Ein Beitrag zur Erkenntnistheorie der Sozialwissenschaften, 2008, S. 110.

und vielmehr auf „die einigende Kraft der verständigungsorientierten Rede“[137] und den „zwanglosen Zwang des besseren Arguments“[138] setzt, darf sich nicht auf Experten beschränken, sondern hat ihren richtigen Platz in der Mitte der Gesellschaft.

[137] *Habermas*, Wahrheit und Rechtfertigung. Philosophische Aufsätze, 1999, S. 110.
[138] Zuletzt *Habermas*, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 64 (2016), 806, 808.

5. Teil: Expertenmeinungen – Übereinstimmungen und Diskrepanzen

Bericht zur Podiumsdiskussion

Rechtsanwältin und wiss. Mitarbeiterin Melanie Steuer

Die vom Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, *Prof. Dr. Michael Klintschar*, moderierte abschließende Debatte rundete den am Leitgedanken der „objektiven Wahrheit" ausgerichteten Expertenworkshop konstruktiv ab.[1] Auf dem Podium vertreten waren *Dr. Martina Wenker*, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, der Referent im Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, *Christoph Dössinger*, zudem *Georg Wurth* vom Deutschen Hanfverband sowie der Mitveranstalter *Prof. Dr. Jürgen L. Müller*. Im inhaltlichen Fokus dieser Podiumsdiskussion stand die Assoziation eines verantwortungsvollen Umgangs mit Cannabis, wobei in diesem Zusammenhang sowohl medizinische als auch forensische und kriminologische Auswirkungen des Freizeitkonsums auf die Gesellschaft diskutiert wurden. Den Podiumsteilnehmern/Innen war hierbei – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Aktualität und Öffentlichkeitspräsenz der dieser Veranstaltung zugrunde liegenden Generalthematik – sehr daran gelegen, einen Blick „über den Tellerrand" hinaus aufzuzeigen und vor allem auch den, dem Cannabiskonsum ebenfalls immanenten Fremdschädigungscharakter zu veranschaulichen. Besonders positiv stand insoweit eine Darstellung der aktuellen Fakten im Vordergrund und nicht etwa ein wenig bis gar nicht evidenzbasierter Schlagabtausch zwischen Befürwortern und Gegnern einer Legalisierung. Die Diskussion bot somit auch eine vielfältige Reflexion der immer wieder gestellten, aber bislang

[1] Zur gesamten Veranstaltung siehe auch den Tagungsbericht von *Duttge/Steuer*, in: Blutalkohol 54/2017, 168 ff.

zumeist unbeantwortet gebliebenen Frage einer möglichen Rechtfertigung für entsprechende staatliche Eingriffe. Wenn der Konsum von Cannabis neben einer Selbstschädigung auch die Allgemeinheit tangiere, ließe sich so zumindest ein „schonender Paternalismus" rechtfertigen.[2]

Der Moderator, *Prof. Dr. Michael Klintschar*, eröffnete die Podiumsdiskussion mit der Frage, ob die Gesellschaft zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Cannabis fähig oder ob die bislang geführte rechtspolitische Debatte nicht vielmehr noch weit davon entfernt sei, evidenzbasierte Vorschläge für eine Änderung der bisherigen Drogenpolitik unterbreiten zu können. Zuallererst müsse insoweit – so *Dr. Martina Wenker* – nachdrücklich zwischen zwei grundsätzlich unterschiedlich zu bewertenden Einsichten differenziert werden. Einerseits seien die positiven wissenschaftlichen Ergebnisse zum Nutzen cannabinoidhaltiger Medikamente für gewisse Indikationsbereiche zu berücksichtigen, andererseits dürften aber auch die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums nicht außer Acht gelassen werden. Nicht nur die Konsumenten selbst seien hiervon betroffen, die psychischen wie auch physischen Schäden haben gleichermaßen unmittelbare Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und damit mittelbar auch auf die Gesellschaft als solche. Aus diesem Grund ließen sich Primärpräventionen, also zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten zur Vermeidung von Krankheiten und gesundheitlichen Schädigungen, rechtfertigen. Aus Sicht der Bundesärztekammer konterkariere eine breite Legalisierung diesen primärpräventiven, gesundheitspolitischen Grundsatz völlig. Rationale Gründe für eine Freigabe jenseits des Einsatzes zu medizinischen Zwecken seien daher nicht gegeben. Hingegen solle Cannabis – so *Dr. Martina Wenker* abschließend – bei Vorliegen einer medizinischen Indikation verschreibungspflichtig verfügbar sein, allerdings mangels hinreichend gesicherter Datenlage nicht als Medizinalhanf.

Prof. Dr. Jürgen L. Müller äußerte Bedenken im Hinblick darauf, dass es in der rechtspolitischen Diskussion so wenig gelinge, die vorhandene wissenschaftliche Evidenz sachentsprechend zu präsentieren. Dass immer wieder nur eine einseitige Analyse der Befunde vorgenommen werde, sei doch sehr fragwürdig. Auch sei bislang die Perspektive des Konsumenten zu wenig einbezogen worden. Zwar werden die gesellschaftlichen Konsequenzen einer Liberalisierung immer wieder kontrovers debattiert, aber dies sei bereits der zweite Schritt vor dem ersten. Bevor man sich mit potenziellen Auswirkungen beschäftigen könne, erwarte er von einer wissenschaftlichen Debatte zuvor eine planvolle und umfassend durchdachte Erörterung der Fakten. Erst auf dieser Grundlage könne dann über eventuelle Konsequenzen, gleich welcher Richtung, nachgedacht werden.

In diesem Kontext wies sodann *Christoph Dössinger* dem Jugendschutz einen besonders hohen Stellenwert zu. Die enorme Schädlichkeit, die von Cannabis insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene ausgehe, könne kaum noch Ernsthaft in Abrede gestellt werden. Er skizzierte die Grundlagen der gegenwärtigen

[2] Vgl. hierzu auch *Duttge/Steuer*, MedR 2015, 799-807 m.w.N.

Drogenpolitik anhand des „Vier-Säulen-Modells“ (Prävention, Therapie, Schadensminimierung, Repression). Selbstredend könne das Strafrecht die Drogenproblematik allein nicht lösen; es gebe jedoch derzeit keinen Anlass, die bestehende Rechtslage zu ändern. Zum einen sehe das geltende BtMG neben der Freiheitsstrafe auch andere Rechtsfolgen (z.B. Einstellung, Auflagen etc.) vor, zum anderen müssten Änderungen evidenzbasiert sein, was derzeit nicht der Fall sei. Daran ändere auch nach Ansicht von *Christoph Dössinger* der – immer wieder gerne angeführte – Vergleich mit Alkohol nichts, denn bereits dort versage der Jugendschutz und die Alkoholproblematik lasse sich im Übrigen gerade nicht mit der Legalisierung einer weiteren Droge beseitigen. Vielmehr würde eine Legalisierung von vielen Menschen als „Unbedenklichkeitsbescheinigung des Staates“ missverstanden werden, was eine Studie aus Colorado vom September 2016 zeige („The Legalization of Marijuana in Colorado. The impact“)[3]: Danach sind hier die Prävalenzzahlen für den Konsum bei Jugendlichen US-weit am höchsten und verbuchten seit der Legalisierung nochmals einen deutlichen Anstieg. Auch aus völkerrechtlicher Sicht ergeben sich keine Argumente für eine Legalisierung, denn nach derzeitiger Rechtslage (VN-Suchtstoffübereinkommen von 1961) sei es illegal, die Anwendung von Cannabis zu Freizeitzwecken zu erlauben. Soweit es hingegen darum gehe, schwerstkranken Patienten durch ärztlich verantworteten Einsatz von Cannabis zu helfen, sei dies ein Anliegen, das die Bundesregierung mit ihrem aktuellen Gesetzesentwurf „Cannabis als Medizin“ bereits aufgegriffen habe.[4]

Georg Wurth, der sich seit Jahren für eine Legalisierung von Cannabis einsetzt, hält eine Kriminalisierung der Cannabiskonsumenten für einen falschen Politikansatz und sieht die Drogenprohibition als gescheitert. Ihm selbst fehle das Verständnis dafür, warum Alkohol erlaubt sei, Cannabis hingegen illegal, wo doch seiner Auffassung nach Cannabis nicht gefährlicher sei als Alkohol; beide Drogen haben eben nur unterschiedliche Risikospektren. Dennoch werde die Gefährlichkeit als Hauptargument für eine Verbotsbegründung herangezogen. Für ihn sei das Cannabisverbot lediglich ein Experiment, welches sich nicht etablieren konnte und nunmehr für gescheitert erklärt werden müsse. Dennoch zeigte er sich optimistisch, dass sich trotz der Vehemenz und teilweise spürbaren Unversöhnlichkeit in der bisherigen Debatte jedenfalls mittelfristig ein Konsens zwischen den gegensätzlichen „Lagern“ erzielen lasse.

Auf Rückfrage des Moderators, wie ein solcher Kompromiss aussehen könne, erwiderte *Georg Wurth*, dass sich mittlerweile doch überwiegend die Erkenntnis des Scheiterns der bisherigen Cannabispolitik durchgesetzt haben müsse und eine Aufrechterhaltung derselbigen die bestehenden Drogenprobleme nicht zu lösen vermag. Seiner Auffassung nach wären sich die Fachleute jedenfalls darüber einig, dass eine Änderung des BtMG unumgänglich sei. Eine Möglichkeit bestünde bei-

[3] Abrufbar unter http://www.rmhidta.org/html/2016%20FINAL%20Legalization%20of%20Marijuana%20in%20Colorado%20The%20Impact.pdf [Zugriff am 30.05.2017].

[4] Inzwischen vom Deutschen Bundestag verabschiedet (BT-Drucks. 18/10902); siehe auch Anhang I und II (in diesem Band).

spielsweise darin, eine bundesweit einheitliche Regelung bzgl. der Definition der „geringen Menge“ i.S.d. § 31a BtMG zu finden. Insofern könne er sich diesbezüglich durchaus mit dem von *Jörn Patzak,* Leiter der JVA in Wittlich, bereits im Jahr 2014 gemachten Vorschlag[5] anfreunden. Auch müsse der Auffassung *Georg Wurths* nach die Praxis des „Führerscheinrechts“ neu überdacht werden. Derzeit sei der THC-Grenzwert so gering, dass er keinen Zusammenhang mit einer den Straßenverkehr gefährdenden Wirkung von Cannabis aufweise. In der Realität sorge jedoch die repressive Auslegungen des „Führerscheinrechts“ und die drastische Fahndung nach Restwerten von THC-Abbauprodukten im Straßenverkehr dafür, dass massenhaft Menschen die Fahrerlaubnis entzogen werde, die tatsächlich jedoch keine Gefahr für den Straßenverkehr darstellten. Darüber hinaus böten wissenschaftliche Modellprojekte verschiedener Städte eine gute Möglichkeit, die Auswirkungen einer staatlich kontrollierten Cannabisabgabe in kleinem Rahmen zu erforschen. Der von der Fraktion „BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“ vorgelegte Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes[6] sei daher ein wichtiger und richtiger Schritt in Richtung einer Entkriminalisierung des bloßen Cannabiskonsums.

An diesen Gedanken anknüpfend merkte *Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke*, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Göttingen, an, dass die Bestimmung der toxikologischen Einschätzung in Bezug auf THC und THC/CBD-Ratio sehr ungenau und demzufolge eine einheitliche wissenschaftsbasierte Konkretisierung sehr schwierig sei. Daher seien auch Aussagen zu den THC-Grenzwerten unter Vorbehalt zu betrachten und entsprechenden Äußerungen, dass eine den Straßenverkehr gefährdende Wirkung nicht gegeben sei, mit Skepsis entgegenzutreten. Ausreichend evidenzbasierte Nachweise gebe es hierfür jedenfalls bislang nicht.

Insbesondere den Bereich der Fahrerlaubnis betreffend kann auch *Christoph Dössinger* den Ansichten von *Georg Wurth* nicht zustimmen. Zudem steht er einer gesetzlichen Regelung zum Eigenanbau eher kritisch gegenüber, denn niemand könne ausschließen bzw. garantieren, dass nur der Eigenanbauer in rechtlich zulässiger Weise vom Cannabis Gebrauch mache. Dem widersprach *Georg Wurth* mit einem Verweis auf Studien, die genau das Gegenteil belegen würden, konkretisierte diese indes nicht weiter.

Prof. Dr. Jürgen L. Müller griff noch einmal sein Eingangsstatement auf, dass man bei der Beurteilung der Legalisierungsfrage bzw. einer möglichen Änderung des BtMG allgemein doch endlich von bislang nicht in Erwägung gezogenen Kriterien Gebrauch machen müsse. So seien insbesondere die Perspektiven und Ansichten der Konsumenten selbst im Hinblick auf das Erzielen sachgerechter Erwä-

---

[5] Ausführlich zu diesem Vorschlag siehe: Stellungnahme von Jörn Patzak zum Antrag verschiedener Abgeordneter sowie der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 4. Juni 2014 (BT-Drucks.18/1613) für die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 5. November 2014, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/blob/338704/8b3389a0c0bca37de3106542fe5b785d/18_14_0067-4-_joern-patzak-data.pdf [Zugriff am 30.05.2017].

[6] BT-Drucks. 18/4204 vom 04.03.2015, abrufbar unter: https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804204.pdf [Zugriff am 30.05.2017].

gungen zu berücksichtigen. Dies könne beispielsweise in Form einer „Motivationsabfrage“ bei den Betroffenen erfolgen. Der Fokus sollte verstärkt auf die Bedarfsträger und deren Veranlassung bzw. Zielsetzung, einen Rausch herbeizuführen, gerichtet werden; dem sei bislang leider viel zu wenig Beachtung geschenkt worden. Es gelte daher zunächst zu analysieren, welche Motivation hinter dem Verhalten der Konsumenten stehe, sich in einen derartigen cannabisbedingten Rauschzustand zu versetzen.

Aus dem Auditorium äußerte sich nunmehr *Prof. Dr. Rainer Thomasius*, Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Hamburg, kritisch zum Cannabiskontrollgesetz. Eine kontrollierte Abgabe führe zu einer Vergrößerung der Problematik, anstatt diese wirksam zu bekämpfen. *Georg Wurth* sah sich hierdurch veranlasst, noch einmal zu betonen, dass eine Legalisierung kriminelle Strukturen reduziere und eine gesellschaftliche Entlastung darstelle.

Der Heidelberger Psychiater, *Prof. Dr. Rainer Holm-Hadulla,* wies dagegen darauf hin, dass die Argumentationslinie des Deutschen Hanfverbandes insgesamt kontrafaktisch und auf dieser Grundlage eine evidenzbasierte Diskussion nicht möglich sei. Dem pflichtete auch *Dr. Stefan Studenroth*, Leiter der Staatsanwaltschaft Göttingen, mit Anmerkungen aus der täglichen Praxis bei. Auch er halte eine kontrollierte Abgabe oder einen kontrollierten Handel für nicht zweckmäßig und in der Praxis für nicht umsetzbar. Dies gelte erst recht, wenn die Möglichkeit des Eigenanbaus bestehe.

Der Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut, Sozial- und Systemforscher *Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter* nahm diesen Hinweis zum Anlass, die Notwendigkeit einer weiterführenden Pro-Kontra-Diskussion „im Lichte des kritischen Rationalismus nach Karl Popper“ in Richtung Wahrheitsfindung zu betonen. Vor allem hinsichtlich der ungenauen toxikologischen Einschätzung der klinischen Schäden, auf die bereits *Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke* hingewiesen habe, deren realen Auftrittswahrscheinlichkeit und der mangelnden Dosis-Wirkung-Relation sei weiterer Forschungsbedarf gegeben. Aber auch die kausalen Faktoren der Verbreitungsdynamik des Cannabiskonsums dürften nicht länger außen vor gelassen werden, sondern müssten ebenfalls analysiert werden, um über konkrete Sachfragen befinden zu können. Alles in allem mangele es derzeit – so *Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter* – an einer rationalen, wissenschaftlich fundierten Grundlage für eine Entscheidung in die eine oder andere Richtung.

Mit einem kurzen Schlussstatement der Teilnehmer/Innen und dem Fazit des Moderators, dass, wie sich heute herauskristallisiert hat, Cannabis und dessen Einfluss auf die Gesellschaft bislang deutlich weniger erforscht seien als der Einfluss von legalen Rauschmitteln oder Medikamenten, endete die Podiumsdiskussion, die bereits einen weitergehenden Diskurs im Anschluss an diese Veranstaltung prognostizierte.

Die Durchleuchtung der suchtmedizinischen und forensischen Dimensionen des Cannabiskonsums anhand aktueller empirischer Erkenntnisse – insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – stand im Fokus dieses Expertenworkshops. Eine zentrale Bedeutung wurde hier der gesamtgesellschaftlichen Cannabisproblematik mitsamt den Anforderungen an eine rationale Gesetzgebung wie auch dem kriminogenen Charakter von Cannabis in der forensischen Praxis beigemessen. Dabei war es primäres Anliegen, konträr zu der üblicherweise in der Rechtspolitik vorherrschenden Vorgehensweise das „Pferd nicht von hinten aufzuzäumen", mithin lediglich zielgerichtete Argumente für und gegen eine Legalisierung auszutauschen, sondern sich stattdessen im Sinne einer „seriösen Aufklärung" zunächst einmal auf die existierenden, wissenschaftlich fundierten Fakten zu konzentrieren mit dem Ziel, eventuell bestehende, noch klärungsbedürftige Fragen offenzulegen. Sowohl die Vorträge als auch die sich daran jeweils anschließenden Diskussionen und nicht zuletzt auch die Abschlussdiskussion haben verdeutlicht, dass die aktuelle rechtspolitische Debatte weniger von manifestierten Erkenntnissen geprägt ist, als vielmehr den Anschein einer ergebnisorientierten, von normativen Vorverständnissen und Ideologien belegten (Schein-) Diskussion erweckt. Die ausgetauschten Argumente haben auch gezeigt, dass es augenscheinlich derzeit noch in diverser Hinsicht an einer seriösen, gesicherten empirischen Grundlage mangelt, um bereits jetzt konkrete Empfehlungen an die Politik aussprechen zu können. Entgegen des in der Öffentlichkeit erweckten Anscheins – dies wurde im Rahmen des Workshops sehr deutlich – sind die relevanten Sachfragen keinesfalls so weit eruiert, dass die Erkenntnisse ernsthaft ausgewertet und Grundlage einer abgewogen politischen Entscheidung sein könnten. Insbesondere wesentliche Teilbereiche, wie das Verhältnis von Cannabis und Kriminalität oder die Wirkweisen im reflexiven Verhältnis eines jeden Einzelnen, sind in besonderem Maß noch nicht hinreichend aufgeschlüsselt. Vor dem Hintergrund einer derart komplexen Thematik ist es notwendig, weitere wissenschaftliche Untersuchungen, beispielsweise durch eine interdisziplinär ausgerichtete Expertengruppe, durchzuführen und insoweit bereits vorhandene Daten zu ergänzen.

Zudem stellt sich die Frage, ob es mit Blick auf die interessierte Öffentlichkeit nicht auch prioritär erscheint, im Rahmen einer „seriösen Aufklärung" der Thematik ganz im Sinne des von dem Philosophen und Soziologen *Jürgen Habermas* 1981 begründeten *„Leitbilds des kommunikativen Handelns"*[7] eine moderne, liberale Gesellschaft wie wir sie heute kennen, sowohl in die (wissenschaftlichen) Untersuchungen mit einzubeziehen, als ihr auch die Möglichkeit einzuräumen, an den bisher nicht berücksichtigten Fakten teilzuhaben. Freilich müsste insoweit auch der Grundgedanke einer rationalen Entscheidungsfindung Geltung beanspruchen. Wie der hiesige Expertenworkshop im Allgemeinen und die abschließende Podiumsdiskussion im Besonderen deutlich gezeigt haben, fehlt es erkennbar an einer Im-

[7] *Habermas*, Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung, 1995.

plementierung derartiger Erfordernisse in den derzeitigen Erkenntnisstand, so dass auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive von voreiligen politischen Entscheidungen abzuraten ist.

Anhang I
Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. März 2017[1]

Artikel 1
Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 19 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

   „(2a) Der Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken unterliegt der Kontrolle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Dieses nimmt die Aufgaben einer staatlichen Stelle nach Artikel 23 Absatz 2 Buchstabe d und Artikel 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe vom 30. März 1961 (BGBl. 1973 II S. 1354) wahr. Der Kauf von Cannabis zu medizinischen Zwecken durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Artikel 23 Absatz 2 Buchstabe d Satz 2 und Artikel 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe erfolgt nach den Vorschriften des Vergaberechts. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt unter Berücksichtigung der für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 2 entstehenden Kosten seinen Herstellerabgabepreis für den Verkauf von Cannabis zu medizinischen Zwecken fest."

1a. § 24a wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 3 Nummer 3 wird das Wort „ausgesäte" gestrichen.
   b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
   „Erfolgt die Aussaat von Nutzhanf nach dem 1. Juli des Anbaujahres, sind die amtlichen Etiketten nach Satz 3 Nummer 3 bis zum 1. September des Anbaujahres vorzulegen."

2. In Anlage I werden in der Position „Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen)" in Buchstabe e die Wörter „in den Anlagen II und III" durch die Wörter „in Anlage III" ersetzt.

[1] BGBl. I, 09.03.2017, S. 403.

3. In Anlage II wird folgende Position gestrichen:

INN	andere nicht geschützte chemische Namen oder Trivialnamen (IUPAC)	
„-	Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen)	-

- sofern sie zur Herstellung von Zubereitungen zu medizinischen Zwecken bestimmt sind -“.

4. In Anlage III wird die Position

INN	andere nicht geschützte chemische Namen oder Trivialnamen (IUPAC)	
„-	Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen)	-

- nur in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind -“.

wie folgt gefasst:

INN	andere nicht geschützte chemische Namen oder Trivialnamen (IUPAC)	
„-	Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen)	-

- nur aus einem Anbau, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe erfolgt, sowie in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind -“.

Artikel 2
Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

Dem § 15 Absatz 1 der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung vom 16. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1420), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1180) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 Nummer 2 gilt auch für den in der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes aufgeführten Cannabis in Form von getrockneten Blüten."

Artikel 3
Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 31. Mai 2016 (BGBl. I S. 1282) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Zubereitungen" ein Komma und werden die Wörter „Cannabis auch in Form von getrockneten Blüten," eingefügt.

2. § 2 Absatz 1 Buchstabe a wird wie folgt geändert:
   a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
      „2a. Cannabis in Form von getrockneten Blüten 100 000 mg,"
   b) Die bisherige Nummer 2a wird Nummer 2b.

3. In § 3 Absatz 1 Buchstabe b wird nach dem Wort „Amfetamin," das Wort „Cannabis," eingefügt.

4. In § 4 Absatz 1 Buchstabe b wird nach dem Wort „Alfentanil," das Wort „Cannabis," eingefügt.

Artikel 4
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
   „§ 31Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung".

2. Folgender Absatz 6 wird angefügt:
   „(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn
   1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
      a) nicht zur Verfügung steht oder
      b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
   2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird mit einer bis zum 31. März 2022 laufenden nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Arzneimittel nach Satz 1 beauftragt. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form; über diese Übermittlung ist die oder der Versicherte vor Verordnung der Leistung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu informieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die nach Satz 5 übermittelten Daten nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Begleiterhebung verarbeiten und nutzen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts nach Satz 8 zu regeln. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleiterhebung nach Satz 4 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten

nach der Übermittlung der Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichts das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Studienbericht wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht."

Artikel 5
Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes

§ 19 des Grundstoffüberwachungsgesetzes vom 11. März 2008 (BGBl. I S. 306), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Nummer 4 werden die Wörter „Kategorie 1, 2 oder 3“ durch die Wörter „Kategorie 1, 2, 3 oder 4“ ersetzt.

2. In Absatz 5 wird die Angabe „18. August 2005“ durch die Angabe „21. September 2016“ ersetzt.

Artikel 6
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anhang II
Auszug aus dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (BT-Drucks. 18/8965 vom 28.06.2016)

A. Problem und Ziel

Dieses Gesetz dient dazu, die Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit von weiteren Cannabisarzneimitteln herzustellen, wie z. B. von getrockneten Cannabisblüten und Cannabisextrakten in standardisierter Qualität. Damit soll Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen nach entsprechender Indikationsstellung und bei fehlenden Therapiealternativen ermöglicht werden, diese Arzneimittel zu therapeutischen Zwecken in standardisierter Qualität durch Abgabe in Apotheken zu erhalten.

Für eine ausreichende qualitätsgesicherte Versorgung mit Cannabisarzneimitteln soll der Anbau von Cannabis ausschließlich zu medizinischen Zwecken in Deutschland unter Beachtung der Vorgaben des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe ermöglicht werden. Die Aufgaben nach diesen internationalen Vorgaben sollen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übertragen werden.

Durch die Herstellung der Verschreibungsfähigkeit für weitere Cannabisarzneimittel im Betäubungsmittelgesetz sollen die Patientinnen und Patienten bei entsprechender ärztlicher Feststellung der medizinischen Indikation in einem für die Therapie erforderlichen Umfang versorgt werden können, ohne dass dabei die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs gefährdet wird.

Mit den Änderungen im Betäubungsmittelgesetz sind Änderungen in anderen Rechtsvorschriften verbunden. Das betrifft notwendige Anpassungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung sowie Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Regelung der Erstattungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln. Für bestimmte Fälle soll eine Möglichkeit der Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden.

Darüber hinaus werden Änderungen im Grundstoffüberwachungsgesetz vorgenommen, die nicht mit den Änderungen im Betäubungsmittelgesetz zusammenhängen. Diese Änderungen dienen der Anpassung der Strafvorschrift an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen.

B. Lösung

[…]

Begründung

A. Allgemeiner Teil

[….]

I. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Durch die Änderung der Position Cannabis in den Anlagen I und III BtMG und die Streichung in Anlage II BtMG wird die Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit von weiteren Cannabisarzneimitteln zu medizinischen Zwecken (insbesondere getrockneten Blüten und Extrakten) insgesamt hergestellt. Durch die Änderung der Position in Anlage III BtMG wird bewirkt, dass – wie bisher – zugelassene Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis verkehrs- und verschreibungsfähig bleiben und daneben zukünftig getrocknete Cannabisblüten und Cannabisextrakte verkehrs- und verschreibungsfähig werden. Aus Gründen der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs und im Interesse einer Versorgung mit Produkten in standardisierter Qualität ist nur solcher Cannabis verkehrs- und verschreibungsfähig, der aus einem Anbau stammt, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den Artikeln 23 und 28 Absatz1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe erfolgt.

In Anlage II (verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel) BtMG kann die Position „Cannabis“ entfallen, da die Regelung dieser Position in Anlage III (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) BtMG auch die Verkehrsfähigkeit umfasst.

Mit dem Ziel einer ausreichenden Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in standardisierter Qualität in Deutschland soll neben dem Import auch der Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Übereinstimmung mit den Vorgaben des internationalen Rechts ermöglicht werden. Dazu werden dem BfArM durch den neu eingefügten § 19 Absatz 2a BtMG die Aufgaben einer staatlichen Stelle nach den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961

über Suchtstoffe übertragen (sog. Cannabisagentur), sofern diese nicht durch das BfArM (Bundesopiumstelle) bereits wahrgenommen werden (Erlaubnis zum Anbau). Nach dem Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe muss ein Vertragsstaat, der den Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken gestattet, eine Stelle einrichten, an die alle Anbauer, die eine Genehmigung der Stelle zum Anbau besitzen, die gesamte Ernte abzuliefern haben. Diese Stelle muss die geernteten Mengen aufkaufen und in Besitz nehmen.

Die Änderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) dienen dazu, die Verschreibungsfähigkeit, die nach betäubungsmittelrechtlichem Verschreibungsgrundsatz nur für Zubereitungen von verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln der Anlage III BtMG besteht, auch für getrocknete Cannabisblüten herzustellen. Diese Ausnahmeregelung ist in rechtlicher Hinsicht erforderlich, da es sich bei Cannabisblüten nach der betäubungsmittelrechtlichen Begriffsbestimmung um einen „Stoff“ und nicht um eine „Zubereitung“ handelt.

Zudem wird, wie für andere verschreibungsfähige Betäubungsmittel, auch für Cannabis zur medizinischen Anwendung eine Höchstverschreibungsmenge festgelegt, die einer Patientin oder einem Patienten innerhalb von 30 Tagen verschrieben werden darf. Bereits nach geltender Rechtslage dürfen entsprechende Höchstverschreibungsmengen in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden. Dies ist auf der Betäubungsmittelverschreibung zu kennzeichnen.

Durch die Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung wird das bereits nach geltender Rechtslage erlaubte Mitführen von ärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln im grenzüberschreitenden Verkehr auf ärztlich verschriebenen Cannabis der Anlage III BtMG erstreckt. Dies ist aus Gründen der Patientenmobilität gerechtfertigt.

Mit einer Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird zudem für Versicherte der GKV in eng begrenzten Ausnahmefällen ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon geschaffen.

II. Alternativen

Keine.

[…]

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

Zu Nummer 1

Für eine ausreichende Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in standardisierter Qualität in Deutschland soll neben dem Import auch der Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken ermöglicht werden. Dazu werden in Übereinstimmung mit den Vorgaben des internationalen Rechts dem BfArM die Aufgaben einer staatlichen Stelle nach den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe übertragen (sog. Cannabisagentur), sofern diese nicht durch das BfArM (Bundesopiumstelle) bereits wahrgenommen werden (Erlaubnis zum Anbau).

Nach den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe muss ein Vertragsstaat, der den Anbau von THC-reichem Cannabis zu medizinischen Zwecken gestattet, eine staatliche Stelle einrichten, die den Anbau genehmigt und an die alle Anbauer die gesamte Ernte abzuliefern haben. […]

[….]

Die Cannabisagentur verkauft den medizinischen Cannabis anschließend u.a. an Hersteller von Cannabisarzneimitteln, Großhändler oder Apotheken weiter. Hierfür legt das BfArM seinen Herstellerabgabepreis fest. […]

[…]

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit einer Ausnahmeerlaubnis des BfArM nach § 3 Absatz 2 BtMG wird derzeit im Einzelfall für einige Patientinnen und Patienten, denen keine geeigneten schulmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen, Cannabis zu medizinischen Zwecken in Form von getrockneten Blüten nach Deutschland eingeführt oder ein Cannabisextrakt in Deutschland hergestellt, in Apotheken abgegeben und von diesen Patientinnen und Patienten in Form einer medizinisch betreuten Selbsttherapie angewandt. Mit der in diesem Gesetz enthaltenen Änderung des BtMG wird die Therapie mit Cannabisarzneimitteln in Form von getrockneten Blüten und Extrakten in die ärztliche Verantwortung gegeben, indem eine entsprechende Verschreibungsfähigkeit hergestellt wird. Die Neuregelung im SGB V schafft parallel für Versicherte in eng begrenzten Ausnahmefällen einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten.

Das gilt aber nur für solchen Cannabis in Form von getrockneten Blüten, der die betäubungsmittelrechtlichen sowie arzneimittel- und apothekenrechtlichen Anforderungen erfüllt und von der jeweiligen Ärztin bzw. dem jeweiligen Arzt verordnet wurde. Auch in Deutschland zugelassene Fertigarzneimittel (z. B. Sativex®) fallen unter diese Regelung.

In denselben begrenzten Ausnahmefällen sollen Versicherte zudem einen Anspruch auf Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon erhalten. […]

Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgung ist, dass bei der oder dem Versicherten eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

[…]

Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht zudem nur, wenn sich die oder der Versicherte verpflichtet, an einer nicht-interventionellen Begleiterhebung teilzunehmen. Die Begleiterhebung dient dazu, Erkenntnisse über die Wirkung von Cannabis zu medizinischen Zwecken zu gewinnen, um so eine Grundlage für die Entscheidung über die dauerhafte Aufnahme in die Versorgung zu schaffen. […]

[…]

Autorenverzeichnis

Duttge, Gunnar, Professor Dr. jur., Direktor der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht an der Juristischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen; Geschäftsführender Direktor des Göttinger Zentrums für Medizinrecht. Forschungsschwerpunkte: Formelles und materielles Strafrecht einschließlich seiner rechtsphilosophischen Grundlagen; Herausforderungen der modernen Medizin und Biotechnologie; internationale Bezüge des Straf- und Medizinrechts.

Heilmann, Martin, Dr. med., Leitender Oberarzt der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Leiter der Arbeitsgruppe Sucht & Recht, LVR-Klinikum Essen, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Kliniken der Universität Duisburg-Essen. Forschungsschwerpunkte: Kriminalität von Konsumenten illegaler Drogen, Behandlungen nach § 35 BtMG.

Holm-Hadulla, Rainer Matthias, Professor Dr. med. an der Universität Heidelberg; Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Gastprofessor an der Universidad Diego Portales, Santiago de Chile und an der Pop-Akademie, Mannheim; Direktor des Heidelberger Instituts für Coaching. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Förderung kreativer Potentiale.

Kaufmann, Matthias, Professor Dr. phil., Vorsitzender des fakultätsübergreifenden Forschungsschwerpunkts „Gesellschaft und Kultur in Bewegung" der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Direktoriumsmitglied im Interdisziplinären Wissenschaftszentrum Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität. Forschungsschwerpunkte: Praktische Philosophie: Rechtsphilosophie, Politische Philosophie, Angewandte Ethik; Philosophie der Frühen Neuzeit.

Klintschar, Michael, Professor Dr. med. (univ.), Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsschwerpunkte: Forensische Molekulare Pathologie, Toxikologie in der Rechtsmedizin.

Müller, Jürgen L., Professor Dr. med., Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Schwerpunktprofessur für Forensische Psychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen, Chefarzt der Asklepios Klinik für Forensische Psychiatrie; Sprecher des Referates Forensische Psychiatrie der DGPPN. Forschungsschwerpunkte: Neurobiologische Grundlagen forensisch relevanter Störungen, Nutzbarkeit empirischer Verfahren in foro, Virtuelle Realitäten in forensisch relevanten Kontexten, Behandlungsstandards im forensischen Maßregelvollzug, Qualitätsstandards forensischer Begutachtungen.

Schaper, Andreas, Professor Dr. med., Co-Direktor des Giftinformationszentrums-Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen; Chirurg, Intensivmediziner und Klinischer Toxikologe. Forschungsschwerpunkte: Gifttiere, Giftpflanzen, vergiftungsbedingte Todesfälle, Drogen und neue psychoaktive Substanzen, Vergiftungen im Kindesalter, Body Packer.

Scherbaum, Norbert, Professor Dr. med., Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin sowie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum Essen (Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen); Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachkunde Suchtmedizin; Mitglied des Ausschusses Sucht und Drogen der Bundesärztekammer, Mitglied im Sachverständigenausschuss des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bewertung von Suchtmitteln sowie stellv. Sprecher des wiss. Kuratoriums der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen). Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Suchtmedizin (u.a. substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger).

Schwitzgebel, Petra, Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Zertifikat kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung (DGKJP-BAG-BKJPP), in eigener Praxis in Landau in der Pfalz.

Steuer, Melanie, Rechtsanwältin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin in der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht an der Juristischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen, Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Rechtsfragen in der Medizin und im Bereich des Gesundheitswesens.

Täschner, Karl-Ludwig, Professor Dr. med., ehem. Ärztlicher Direktor am Zentrum für Seelische Gesundheit Stuttgart, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Schwerpunkt: Psychotherapie, forensische Psychiatrie DGPPN, Verkehrsmedizin, klinische Geriatrie, Suchtmedizin.

Thomasius, Rainer, Professor Dr. med., Ärztlicher Leiter Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände. Forschungsschwerpunkte: Jugenddrogen, Komorbiditätsforschung, Therapieforschung, Präventionsforschung.

Tretter, Felix, apl. Professor Dr. phil. Dr. med. Dr. rer. pol., Klinische Psychologie LMU (München), Stellv. Vorsitzender Bayerische Akademie f. Suchtfragen (München), Research Fellow Bertalanffy Center for the Study of Systems Science

(Wien), Präsident elect der Deutschen Gesellschaft für Humanökologie, ehem. Chefarzt Suchtabteilung Isar Amper Klinikum (München-Haar). Forschungsschwerpunkte: Suchtforschung, Systemforschung, Wissensphilosophie, Neurophilosophie, moderne Menschenbilder.

In jüngerer Vergangenheit hat sich die weitgehend ideologisch geführte gesamtgesellschaftliche Debatte zur Frage nach der „richtigen“ Bewertung des zunehmenden Konsums cannabishaltiger Produkte zugespitzt. Für die einen besteht hinreichender Grund, an der bisherigen (grundsätzlichen) Verbotspolitik festzuhalten, die anderen sehen gerade in dieser „Kriminalisierung“ einer „gesellschaftlichen Kulturerscheinung“ das eigentliche Problem. Die wissenschaftliche Aufklärung und kritische Infragestellung der sattsam bekannten Argumente war zentrale Zielsetzung des im November 2016 veranstalteten Göttinger Expertenworkshops. Der vorliegende Band umfasst die Beiträge aller Referenten, um weitere Aufsätze ergänzt, und präsentiert damit die Expertise renommierter Wissenschaftler aus den Bereichen der (Sucht-)Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Rechtsmedizin und Medizinrecht. Welche Schlussfolgerungen hieraus jedoch für die aktuelle rechtspolitische Frage nach einer evtl. Legalisierung zu ziehen sind, soll dem interessierten Leser nicht aufgedrängt, sondern seinem eigenen Nachdenken überlassen bleiben.



ISBN: 978-3-86395-328-7
eISSN: 2512-689X

Universitätsverlag Göttingen